Nederlandse Zorgautoriteit

## Quickscan en beleidsbrief

# Integrale geboortezorg

Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders

oktober 2015

# Inhoud

# Vooraf

Voor u ligt de quickscan Geboortezorg die de huidige stand van zaken rondom samenwerking tussen de eerste en tweede lijn op deze markt weergeeft. De quickscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is een quickscan één van de middelen om haar regulerings- en toezichttaken op een gestructureerde manier uit te voeren.

De analyses in deze quickscan zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de structuur van de markt, het gedrag van partijen op deze markt en de ontwikkeling van de kosten van geboortezorg.

Een quickscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de quickscan opgesteld. In deze beleidsbrief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze quickscan en de acties die hieruit voortvloeien voor te maken beleid.

De NZa bedankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze quickscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mevrouw dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

# Managementsamenvatting

**Verloskundige samenwerking**
Deze quickscan gaat specifiek in op de samenwerking tussen aanbieders van zorg rondom zwangerschap en geboorte in de eerste en tweede lijn.

De aanleiding voor deze quickscan is de geuite wens door een breed scala aan betrokken partijen voor een betere samenwerking van de gehele keten van geboortezorg: eerstelijns verloskunde, tweedelijns verloskunde en kraamzorg. Deze wens vloeit voort uit het streven naar kwalitatief betere geboortezorg waarbij de verwachting in de sector is dat intensieve(re) samenwerking tussen eerste en tweede lijn een bijdrage kan leveren aan deze kwaliteitsverbetering. Dit is in lijn met het rapport *Een goed begin* dat de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in 2009 heeft uitgebracht.

We zien dat er in Nederland inmiddels 85 verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's) actief zijn. Deze zijn geconcentreerd rondom de tweedelijns zorgaanbieders binnen het samenwerkingsverband. Uit bezoeken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van diverse VSV's in 2012 en 2013 én een zelfevaluatie onder de overige VSV's in 2014, blijkt dat een grote meerderheid van de VSV's voldoet aan de gestelde normen of zichzelf beter scoort dan de minimum eis. Toch blijkt uit het onderzoek van de IGZ dat er voor een deel van de VSV's nog ruimte is voor verbetering. Met name bij de vormgeving van de bestuurlijke verantwoordelijkheid en het formuleren van een gedragen missie en visie kan een aantal VSV's nog winst boeken.

**Sturing op samenwerking door zorgverzekeraars**
Acht van de tien zorgverzekeraars hebben expliciete voorwaarden of criteria opgenomen in hun overeenkomsten met aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg die moeten bijdragen aan ketenvorming en samenwerking. Voorbeelden van deze voorwaarden zijn:

- Actieve deelname aan minimaal één VSV en aan een de Perinatale Audit.
- Het maken van overdrachtsafspraken met de jeugdgezondheidszorg.
- Het uitwerken van zorgpaden op basis van de zorgvraag van de patiënt.

Minstens zeven van de tien zorgverzekeraars hebben één of meerdere voorwaarden opgenomen in hun overeenkomsten met aanbieders van kraamzorg. Enkele voorbeelden zijn:

- Actieve deelname aan minimaal één VSV.
- Het maken van overdrachtsafspraken met de jeugdgezondheidszorg.
- Afstemming en overdracht op basis van protocollen die regionaal zijn afgestemd.

Enkele van deze verzekeraars gaan nog een stap verder door activerende maatregelen of verschillende inspanningsverplichtingen als voorwaarde op te nemen in de overeenkomsten.

**Bekostiging**
De bekostiging in de geboortezorg is van oudsher opgebouwd rondom de verschillende typen zorg (eerstelijns verloskunde, tweedelijns verloskunde, kraamzorg). De monodisciplinaire oriëntatie binnen de

bekostiging sluit niet goed aan op de gewenste veranderingen in het geboortezorgveld waarin samenwerking centraal staat. Daarnaast is het binnen de bestaande systematiek voor de verzekeraar niet eenvoudig om de verschillende onderdelen van de geboortezorgketen in samenhang in te kopen. Dit levert vooral knelpunten op bij de inkoop van zorg die geleverd wordt op het grensvlak van eerste en tweede lijn en bij de overdracht hiertussen

Het invoeren van integrale bekostiging voor de gehele verloskundige keten is faciliterend voor de samenwerking en onderlinge gegevensoverdracht tussen zorgverleners. Dit kan zodoende de zorg rond zwangerschap en geboorte verbeteren. Vooruitlopend hierop is het mogelijk dat partijen op lokaal niveau kunnen experimenteren met integrale bekostiging door middel van de beleidsregel Innovatie. Daarnaast is het per 2015 mogelijk om tot 10% van het tarief voor verloskundige zorg, extra overeen te komen tussen zorgverzekeraar en aanbieder, door middel van de 'Module integrale geboortezorg' in de beleidsregel Verloskunde.

Deze financiële ruimte voor het maken van samenwerkingsafspraken wordt opgepakt door de sector. Zo hadden 22 VSV's in maart 2015 met tenminste één zorgverzekeraar een overeenkomst gesloten over de module Integrale geboortezorg. Drie VSV's waren nog in gesprek met tenminste één zorgverzekeraar.
Om voor de module in aanmerking te komen hanteren de zorgverzekeraars die daarvoor beleid hebben ontwikkeld, de volgende criteria:

- De module wordt aangevraagd vanuit of ondersteund door een VSV.
- Partijen spreken de intentie uit om binnen één tot twee jaar over te gaan op integrale bekostiging van de geboortezorgketen. Partijen moeten op dat moment een juridische entiteit gevormd hebben.
- Het VSV zit op een samenwerkingsniveau dat overeenkomt met de omschrijving van niveau 2 of 3 van de CPZ matrix.[1]

Er zijn ook twee experimenten met een integraal tarief voor geboortezorg toegewezen op basis van de beleidsregel Innovatie. Hierdoor wordt het voor aanbieders en verzekeraars mogelijk om één integrale prestatie met één integraal tarief overeen te komen voor de gehele keten van geboortezorg.

- Het ene experiment kent een integrale prestatie die de eerstelijns verloskundige zorg en gynaecologische zorg omvat. In deze regio maakten zowel de eerstelijns verloskundige zorg als de gynaecologische zorg al onderdeel uit van het ziekenhuis waardoor het niet nodig was om een nieuwe geboortezorgorganisatie te vormen als contractpartij voor de zorgverzekeraar.
- Het andere experiment omvat eerstelijns verloskundige zorg, gynaecologische zorg en een deel neonatologie. Hier hebben de verschillende aanbieders van geboortezorg wél een nieuwe geboortezorgorganisatie opgericht volgens het model van 'Samenwerkende organisaties'.

**Randvoorwaarden en knelpunten voor integrale bekostiging**
Uit gesprekken met veldpartijen komen meerdere verschillende aspecten naar voren waarover partijen eerst afspraken moeten maken om te komen tot een adequate financiering:

---

[1] CPZ, Matrix 'Niveaus van samenwerking binnen een verloskundig samenwerkingsverband', www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/2326

- *Afbakening van de prestatie voor integrale geboortezorg*
  Een integrale prestatie kan bestaan uit de onderdelen eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige zorg, kraamzorg, derdelijns verloskundige zorg en neonatologie. De regio's verschillen in hun keuze over welke zorg in de integrale prestatie wordt opgenomen.
- *Declaraties door derde zorgaanbieders*
  Het moet mogelijk zijn voor een zwangere vrouw om over te stappen naar een andere aanbieder van geboortezorg. Dit brengt het risico op dubbele bekostiging met zich mee. In de regio's die nu starten met experimenten tot integrale bekostiging hanteren verschillende methodes om deze dubbele bekostiging te voorkomen.
- *Verrekenen eigen bijdrage en eigen betaling*
  Wanneer geboortezorg door middel van een integraal tarief in rekening wordt gebracht, moet men nog steeds de verplichte eigen bijdrage voor kraamzorg verreken. Dit geldt ook voor de eigen betaling voor een niet medisch of sociaal geïndiceerde poliklinische bevalling of bevalling in een geboortecentrum. Zorgaanbieders zijn met zorgverzekeraars in gesprek over de verrekening van deze kosten, zolang deze niet als uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet worden aangemerkt en niet ten laste van de verevening worden gebracht.

Daarnaast staan voor partijen bepaalde knelpunten in de regelgeving de integrale bekostiging op dit moment nog in de weg:

- *Btw bij onderlinge verrekening*
  Medische handelingen die gericht zijn op de gezondheidskundige verzorging van de individuele mens zijn vrijgesteld van btw. Toch ervaren verschillende regio's dat niet alle aspecten zijn vrijgesteld van btw. Volgens veldpartijen speelt de problematiek op twee niveaus: wanneer de zorgverzekeraar de coördinatie en organisatie van zorg vergoed zou de fiscus dit niet vrijstellen van btw en wanneer er sprake is van betalingen van een hoofdaannemer aan een onderaannemer of van een hoofdbehandelaar aan een secundaire behandelaar.
- *Toelating in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)*
  Instellingen voor medische specialistische zorg moeten een WTZi toelating aanvragen. Kraamzorginstellingen en verloskundige praktijken hoeven dit niet. Wanneer een samenwerkingsverband zich organiseert in een geboortezorgorganisatie waarin de verschillende zorgverleners in loondienst treden, dan is er sprake van een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5, lid 1, WTZi. Omdat een deel van die zorg medisch specialistische zorg betreft, zal een dergelijke organisatie een WTZi-toelating moeten aanvragen.
- *Mededinging*
  Als de bestaande zorgaanbieders een gezamenlijke geboortezorgorganisatie oprichten, dan kunnen partijen te maken krijgen met de Mededingingswet. Bij een bepaalde omvang (aantal zorgverleners of omzet) moet de concentratie vooraf worden gemeld bij de NZa en / of de ACM. Bij samenwerking zonder concentratie in de zin van de Mededingingswet, mag er geen sprake zijn van horizontale prijsafstemming (als partijen concurrenten zijn) en mag het samenwerkingsverband niet leiden tot marktafsluiting van zorgverzekeraars of zorgaanbieders.
- *Zelfstandigenaftrek*
  Zorgverleners die nu werken als zelfstandige kunnen onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van een zelfstandigenaftrek. Indien de nieuwe geboortezorgorganisatie feitelijk de enige opdrachtgever wordt van de zelfstandige, dan kan er sprake zijn van een fictief dienstverband en vervalt het recht op de zelfstandigenaftrek.

**Kosten en volume van (integrale) geboortezorg**
In deze quickscan zijn de kosten en het volume van het gehele verloskundig traject in kaart gebracht. De kosten zijn daarbij onderscheiden naar type bevalling (thuis, poliklinisch of in het ziekenhuis) en naar per type zorg (eerstelijns verloskunde, tweedelijns verloskunde en kraamzorg).

Het aantal bevallingen daalde van 177.945 in 2010 naar 166.597 in 2013. De daling was vooral zichtbaar bij thuisbevallingen en bij poliklinische bevallingen. Het aantal ziekenhuisbevallingen neemt ook af, maar neemt relatief in omvang toe ten opzichte van de thuisbevalling en de poliklinische bevalling.

Door betere samenwerking in de geboortezorg wordt de kwaliteit beter. Tegelijkertijd zien we in de periode 2010-2013 dat de zorg ook duurder is geworden, ondanks een daling van het aantal bevallingen. De omzet van alle bevallingen steeg van € 984 mln. in 2010 naar € 1.042 mln. in 2013. Dit is een toename van 5,9%. De omzet voor tweedelijnsbevallingen stijgt over de jaren 2010-2013 in totaal met 8,3%. De omzet voor thuisbevallingen en poliklinische bevallingen daalt over dezelfde jaren, respectievelijk met 2,8% en 4,1%.
De totale omzet van geboortezorg, inclusief zwangerschappen die niet hebben geleid tot een bevalling, is gestegen van € 1.060 mln. in 2010 tot € 1.095 mln. in 2013 (een stijging van 3,4%).

Doordat de omzet is gestegen bij een dalend aantal bevallingen, zijn uiteraard ook de kosten per bevalling gestegen. De stijging is aanzienlijk. De gemiddelde kosten voor het zorgtraject leidend tot een eerstelijnsbevalling zijn van 2010 naar 2013 gestegen van € 3.738,- naar € 4.203,- (12,4%). De gemiddelde kosten bij een poliklinische bevalling waren iets hoger (€ 3.853,- in 2010 en € 4.282,- in 2012), maar stijgen minder snel ( 11,1%). De gemiddelde kosten van een tweedelijns bevalling liggen beduidend hoger (€ 6.304,- in 2010 en € 7.055,- in 2013) en stijgen daarmee tussen 2010 en 2013 met 11,9%.

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De aanleiding voor de quickscan is de door veldpartijen geuite wens voor betere samenwerking van de gehele keten van geboortezorg: eerstelijns verloskunde, tweedelijns verloskunde en kraamzorg. Deze wens vloeit voort uit het streven naar kwalitatief betere geboortezorg waarbij de verwachting in de sector is dat intensieve(re) samenwerking tussen eerste en tweede lijn een bijdrage kan leveren aan deze kwaliteitsverbetering. De gedachte hierbij is dat het integraal bekostigen van de gehele keten van geboortezorg, een bijdrage kan leveren aan deze samenwerking. Doordat eventuele belemmerende prikkels in het huidige bekostigingssysteem hiermee kunnen worden weggenomen, zal integrale bekostiging mogelijk een faciliterende werking hebben.

Op dit moment is er bewust voor gekozen om nog niet over te gaan op integrale bekostiging. Eerst moet de samenwerking verder vorm krijgen. Het is daarom belangrijk om een feitelijk beeld te hebben van de stand van zaken met betrekking tot de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De gepresenteerde cijfers in deze quickscan zijn daarbij vooral bedoeld als nulmeting.

## 1.2 Focus

Deze quickscan is geen volledige marktscan, maar gaat in op de samenwerking tussen aanbieders van zorg rondom zwangerschap en geboorte in de eerste en tweede lijn. Deze focus is geënt op het integraal bekostigen van de geboortezorg. Daarvoor is inzicht nodig in de onderwerpen die met de volgende vragen zijn beantwoord en met de bijbehorende indicatoren in kaart zijn gebracht:

- Hoe is de markt gestructureerd en gereguleerd?
  - het aantal verschillende zorgaanbieders in de markt;
  - de jaarlijkse verandering in het aantal zorgaanbieders;
  - de geografische spreiding van de zorgaanbieders.
- Hoe is de samenwerking georganiseerd, in hoeverre wordt samenwerking gestimuleerd vanuit de zorginkoop en waar lopen partijen tegenaan?
  - samenwerkingsvormen tussen zorgaanbieders;
  - inkoopbeleid rondom samenwerking;
  - contractering van specifieke modules;
  - randvoorwaarden en knelpunten.
- Hoe hebben de omzet, het volume en de kosten van geboortezorg zich ontwikkeld voor het integrale traject van geboortezorg?
  - de macrokosten voor geboortezorg;
  - de omvang van de zorgvraag;
  - de kosten per zorgproduct en per zorgvraag.

In de quickscan wordt niet expliciet ingegaan op de kwaliteit van de geboortezorg als gevolg van de samenwerking. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft hiernaar onderzoek verricht. In hoofdstuk 3 wordt hier aan gerefereerd.

Op basis van bovengenoemde focus is het mogelijk om de samenwerking in de geboortezorg in kaart te brengen. De quickscan omvat de jaren 2010 tot en met 2015. Hierbij moet worden opgemerkt dat niet voor alle analyses recente data beschikbaar zijn. Specifiek met betrekking tot

gegevens over de betaalbaarheid (hoofdstuk 4) was geen volledige data beschikbaar over 2013 op het moment van publicatie. De gegevens kunnen daarom niet verder gaan dan 2012.

De quickscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. Bovendien gaat het om een momentopname. In de beleidsbrief bij deze quickscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

## 1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een beeld van de markt voor geboortezorg. Hoofdstuk 3 gaat over het marktgedrag van de relevante spelers. Hoofdstuk 4 behandelt de ontwikkeling van de kosten van geboortezorg. Deze kosten zijn integraal voor de hele keten van geboortezorg weergegeven waarmee deze weergave aansluit bij zowel het perspectief van de consument als de samenwerking waarover deze quickscan gaat.

Dit document sluit af met een aantal bijlagen. In de eerste bijlage is een begrippenlijst opgenomen. In bijlage twee worden de bronnen en methoden van de analyses uit de quickscan toegelicht. In bijlage drie is tenslotte de beleidsbrief opgenomen.

In een apart document is samengevat welke reacties geconsulteerde partijen hebben gegeven en tot welke aanpassingen dit heeft geleid.

# 2. Omschrijving van de markt

Dit hoofdstuk beschrijft de markt voor geboortezorg. Er wordt ingezoomd op de ontwikkelingen in die markt, de structuur van het zorgaanbod en de wijze waarop de markt is gereguleerd.

## 2.1 Ontwikkelingen in de geboortezorg

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft in 2009 het rapport *Een goed begin* uitbracht (SZG-advies) uitgebracht. Kern van dit rapport is dat de kwaliteit van de geboortezorg moet verbeteren door een hechtere samenwerking en betere communicatie tussen alle betrokken professionals onderling, maar ook met de zwangere en haar naasten.

Aanleiding voor dit advies is de relatief hoge sterfte en morbiditeit in Nederland van kinderen en moeders rondom de geboorte ten opzichte van andere Europese landen en de constatering dat Nederland achterblijft in het terugdringen van deze sterfte en morbiditeit. Een kwalitatief goede geïntegreerde geboortezorg vergt een naadloze samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals in de keten.

Sinds de publicatie van het stuurgroep rapport is door de verschillende partijen in het veld veel energie gestoken in het implementeren van de aanbevelingen uit het rapport.

Eén van de aanbeveling die naar aanleiding van het rapport van de stuurgroep is uitgevoerd is de instelling van het College Perinatale Zorg (CPZ). In dit college werken verschillende veldpartijen in het geboortezorgveld samen. Het CPZ is op 1 september 2011 van start gegaan met de opdracht om de babysterfte in Nederland te verminderen. Het CPZ doet dit door openbare kennisuitwisseling op alle niveaus te stimuleren en waar nodig te faciliteren en organiseren. Regionaal samenwerking wordt ondersteund, best practices opgespoord en informatie over deze best practices wordt verspreid en beschikbaar gemaakt.

Het CPZ heeft gerapporteerd over de stand van zaken rondom de aanbevelingen.[2] Daaruit blijkt dat een gezamenlijk beleid en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg voor een groot deel is opgenomen in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (IG). Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- verplichte deelname aan een verloskundig samenwerkingsverband (VSV), aan de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) en aan de stichting Perinatale Audit Nederland PAN;
- afspraken over de taakverdeling;
- ontwikkeling van gemeenschappelijke richtlijnen, protocollen en kwaliteitsindicatoren.

---

[2] "Stand van zaken Aanbevelingen Een Goed Begin, 1 juni 2015": bijlage 1 bij brief aan de Tweede Kamer, 775198-137483-CZ, 8 juli 2015.

**Box 1. Speerpunten SZG-advies**

1. Moeder en kind in de hoofdrol: Luister naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en betrek actief haar leefomgeving. Hierdoor krijgt de zorg een lerend karakter waarin naast de medische ook de (psycho)sociale aspecten de juiste aandacht krijgen.
2. 'Gezond oud worden, begint al in de baarmoeder': Vrouwen moeten gezonder aan een zwangerschap beginnen. Dit vereist een kanteling van een reactieve naar een meer proactieve benadering van de zorg rond zwangerschap en geboorte. Het betekent vooraf de best mogelijke condities voor een eventuele zwangerschap creëren en niet afwachten totdat zich tijdens de zwangerschap of bevalling risico's voordoen.
3. Goed geïnformeerde zwangere: Ook de zwangere heeft een eigen verantwoordelijkheid om haar zwangerschap zo gezond en veilig mogelijk uit te dragen. Hierin moet zij worden ondersteund door heldere en eenduidige voorlichting over alle facetten van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode.
4. Samen verantwoordelijk: Alle professionals vormen een netwerk om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Instrumenten daarvoor zijn: een landelijk College Perinatale Zorg, actieve participatie in verloskundige samenwerkingsverbanden, en voor iedere zwangere een casemanager, geboorteplan en verplicht huisbezoek.
5. Specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties: Voor vrouwen woonachtig in achterstandswijken, van niet-westerse afkomst en/of met een lage sociaaleconomische status moet er aanvullend op de aanbevelingen uit dit advies, een nationaal programma 'zwanger in achterstandssituaties' komen. Met daarin doelgroep-specifieke voorlichting, preventie en intensivering van begeleiding.
6. Bevallende vrouw niet alleen: Vanaf het begin van de bevalling wordt de zwangere niet meer alleen gelaten. Zij wordt begeleid door een kraamverzorgende of O&G-verpleegkundige en bewaakt door een medisch professional.
7. 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid: Op ieder moment, dus overdag, 's avonds en in het weekend, moet de zwangere er op kunnen rekenen dat de noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten kan starten.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert in een rapport over de geboortezorg in juni 2014 dat samenwerking in de geboortezorg steeds meer gestalte krijgt. Zo bestaat er een landelijk dekkend netwerk van verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Wel concludeert de IGZ dat nog niet alle mogelijkheden voor verbetering volledig worden benut. Met het landelijke netwerk aan VSV's is een fundament voor goede samenwerking gelegd, maar de stap richting naadloos geïntegreerde zorg is voor veel regio's nu nog een brug te ver. De IGZ constateert dat de randvoorwaarden voor acute zorg zijn verbeterd maar vraagt aandacht voor de preventie van risico's, vooral voor specifieke, meer kwetsbare, groepen vrouwen.

## 2.2 Omvang zorgvraag en zorgaanbod

Deze paragraaf beschrijft de omvang van de zorgvraag en het zorgaanbod binnen een specifiek deel van de markt. Afzonderlijk is gekeken naar het aantal levend geboren kinderen en het aantal gestorven kinderen rondom de geboorte, wat samen het aantal zwangerschappen (vanaf 24 of 28 weken) weergeeft. Het zorgaanbod is gebaseerd op de aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige zorg en kraamzorg. Vervolgens beschrijven we de ontwikkeling van verloskundige samenwerkingsverbanden.

### 2.2.1 Zorgvragers

Om een beeld te krijgen van het aantal zorgvragers over de afgelopen jaren is aangehaakt bij de data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) rondom levend geboren kinderen en sterfte rondom de geboorte. Hieruit blijkt dat het totaal aantal zwangerschappen in Nederland tussen 2010 en 2013 afneemt.

**Tabel 1. Aantal levend geboren kinderen in Nederland per jaar**

| Levendgeborenen | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| Aantal | 184.397 | 180.060 | 175.959 | 171.341 |

Bron: CBS Statline

**Tabel 2. Perinatale sterfte**

| Perinatale sterfte | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| Perinatale sterfte (24/28 weken zwangerschap) | 648 | 620 | 594 | 510 |
| Perinatale sterfte (meer dan 28 weken zwangerschapsduur) | 490 | 486 | 438 | 401 |

Bron: CBS Statline

Deze quickscan beschrijft met name de bewegingen in de organisatie van het zorgaanbod. Er is weliswaar ook veel te zeggen over ontwikkelingen in sterfte rond de geboorte, over risicofactoren voor zwangere vrouwen, over etnische verschillen et cetera, maar dit gaat voorbij de scope van deze quickscan. Een goede ingang voor meer informatie over dergelijke onderwerpen is de website ”Volksgezondheid en zorg” van het RIVM (www.volksgezondheidenzorg.info/).

### 2.2.2 Eerstelijns verloskundige zorg

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) houdt jaarlijks bij hoeveel eerstelijns verloskundigen in Nederland werkzaam zijn, in welk organisatieverband zij deze zorg verlenen en hoeveel verloskundigen toetreden tot de markt en hoeveel de markt verlaten. Onderstaande tabellen geven een overzicht van deze bewegingen over de afgelopen jaren, voor zover beschikbaar.

### Tabel 3. Aantal praktiserende verloskundigen naar functie

| Functie | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| Eigen praktijk/ maatschap | 1.387 | 1.383 | 1.392 | 1.388 |
| In loondienst van een gezondheidscentrum | 68 | 60 | 62 | 55 |
| In loondienst van zelfstandig verloskundige | 163 | 169 | 171 | 177 |
| Waarneemster | 273 | 306 | 335 | 417 |
| *Subtotaal (eerste lijn)* | *1.891* | *1.918* | *1.960* | *2.037* |
| Klinisch werkzaam (tweede lijn) | 665 | 754 | 786 | 815 |
| **Totaal (eerste en tweede lijn)** | **2.556** | **2.672** | **2.746** | **2.852** |

Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen

### Tabel 4. Aantal praktijkvormen van verloskundigen

| Praktijkvorm | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| Solopraktijk | 80 | 83 | 79 | 85 |
| Duopraktijk | 219 | 243 | 223 | 210 |
| Groepspraktijk | 1.322 | 1.286 | 1.324 | 1.326 |
| **Totaal** | **1.621** | **1.612** | **1.626** | **1.621** |

Bron: NIVEL, cijfers uit de registratie van verloskundigen

In alinea 2.2.1 is geconstateerd dat het aantal zwangerschappen afneemt. Tegelijkertijd laat Tabel 3 zien dat het aantal eerstelijns verloskundigen toeneemt. Daarnaast blijkt uit Tabel 4 dat het aantal praktijken ongeveer gelijk blijft.

### Tabel 5. Aantal gecontracteerde zorglocaties eerstelijns verloskunde

| Provincie | 2014 | 2015 |
|---|---|---|
| Drenthe | 41 | 41 |
| Flevoland | 44 | 40 |
| Friesland | 67 | 66 |
| Gelderland | 154 | 153 |
| Groningen | 51 | 51 |
| Limburg | 80 | 82 |
| Noord-Brabant | 191 | 192 |
| Noord-Holland | 247 | 247 |
| Overijssel | 66 | 66 |
| Utrecht | 109 | 109 |
| Zeeland | 23 | 23 |
| Zuid-Holland | 284 | 283 |
| **Totaal** | **1.357** | **1.353** |

Bron: NZa, rapport Zorgcontracten in kaart, april 2015

Tabel 5 geeft het aantal zorg*locaties* weer dat is gecontracteerd door minimaal één zorgverzekeraar. Deze analyse is ten behoeve van het rapport "Zorgcontracten in kaart"[3] door de NZa uitgevoerd, met als doel om de reistijden naar zorgaanbieders in kaart te brengen. In de tabel is

[3] "Rapport Zorgcontracten in kaart", Nederlandse Zorgautoriteit, april 2015

per provincie het aantal locaties weergegeven waarop zorg door tenminste één zorgverzekeraar is gecontracteerd. Verschillende aanbieders op dezelfde locatie worden gezien als één locatie. Dit verklaart ook grotendeels de afwijking in de totaaltelling en opzichte van het totaal aantal praktijken zoals in tabel 4 weergegeven.
Beide tabellen zijn daarom niet direct vergelijkbaar, ook aangezien in tabel 4 klinisch werkzame verloskundigen zijn opgenomen, die niet in tabel 5 naar voren komen.

### 2.2.3 Tweedelijns verloskundige zorg

Onderstaande tabel geeft het aantal ziekenhuizen in Nederland weer dat tweedelijns verloskundige ingrepen uitvoert en declareert.

**Tabel 6. Aantal ziekenhuizen dat tweedelijns verloskunde declareert**

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| Ziekenhuizen met 2$^{e}$-lijns verloskunde | 89 | 89 | 88 | 86 |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis

Het betreft hier een weergave op basis van declaratiedata, dus niet op basis van fysieke locaties. De daling in 2012 ten opzichte van 2011 en 2010 is een gevolg van een fusie van twee ziekenhuizen, namelijk Scheper in Emmen en Bethesda in Hoogeveen. De fusie tussen deze twee ziekenhuizen was in 2010, maar pas in 2012 zijn ze als één ziekenhuis gaan declareren. De daling in 2013 ten opzichte van 2012 is het gevolg van het sluiten van afdelingen verloskunde in twee ziekenhuizen, namelijk Diaconessenhuis in Meppel en Sionsberg in Dokkum.

### 2.2.4 Kraamzorg

Op basis van een in februari 2015 uitgezette enquête onder alle zorgverzekeraars is zowel per zorgverzekeraar als voor alle zorgverzekeraars samen, in kaart gebracht hoeveel kraamzorgaanbieders er in Nederland voor het jaar 2015 zijn gecontracteerd. In totaal zijn in 2015 164 afzonderlijke aanbieders van kraamzorg gecontracteerd door alle zorgverzekeraars samen (voor zover bekend op eind februari 2015). Het aantal aanbieders dat hiervan door individuele zorgverzekeraars is gecontracteerd varieert van 101 tot 129.

Deze aanbieders variëren sterk in grootte. Organisatievormen variëren van ZZP'ers tot grote aanbieders die in meer dan de helft van het land actief zijn.

### 2.2.5 Verloskundige samenwerkingsverbanden

Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat inmiddels 85 verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) zijn gevormd, waarbinnen zowel aanbieders van eerstelijns en tweedelijns zorg als kraamzorgaanbieders participeren. Deze samenwerkingsverbanden hebben zich in de regel georganiseerd rondom één ziekenhuis, waar vervolgens regionale aanbieders van eerstelijns verloskunde en kraamzorg zich bij aansluiten. De aantallen afzonderlijke aanbieders per VSV kunnen variëren tussen 4 en 30, met een gemiddeld aantal aangesloten separate aanbieders van 15. Aanbieders van eerstelijns verloskunde en kraamzorg kunnen zich aansluiten bij meerdere verloskundige samenwerkingsverbanden. Vooral de grote

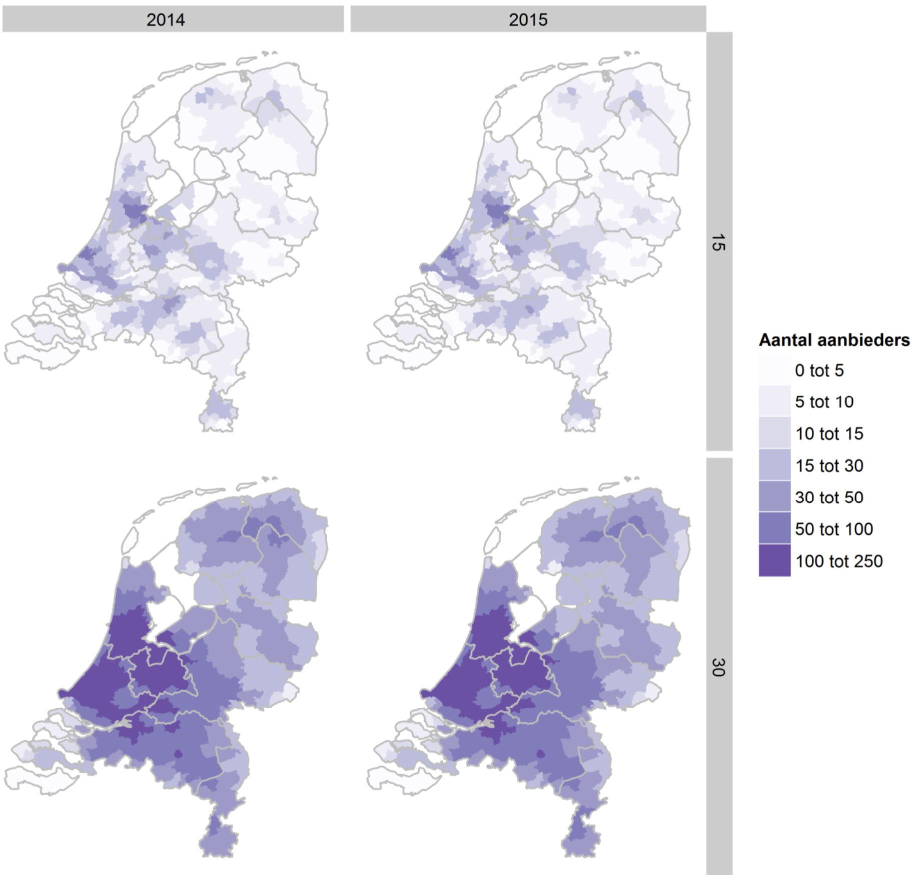
kraamzorgaanbieders participeren in soms meer dan de helft van het aantal verloskundige samenwerkingsverbanden.

## 2.3 Marktconcentratie en bereikbaarheid

Deze paragraaf geeft een beeld van de marktconcentratie van aanbieders van delen van het verloskundige zorgtraject.

Onderstaande kaart geeft een overzicht van de spreiding van eerstelijns verloskundige zorg. Per 5-positie postcode is een analyse gedaan van de bereikbaarheid van gecontracteerde zorglocaties op een afstand van 15 en 30 minuten. Figuur 1 geeft deze bereikbaarheid weer, waarbij geen rekening is gehouden of de zorgaanbieder een contract heeft met de verzekeraar van de consument in kwestie. Met andere woorden, de kaart laat het aantal locaties zien waarop eerstelijns verloskunde wordt aangeboden met tenminste één contract met een verzekeraar.

**Figuur 1. Aantal aanbieders te bereiken op een afstand van 15 en 30 minuten**

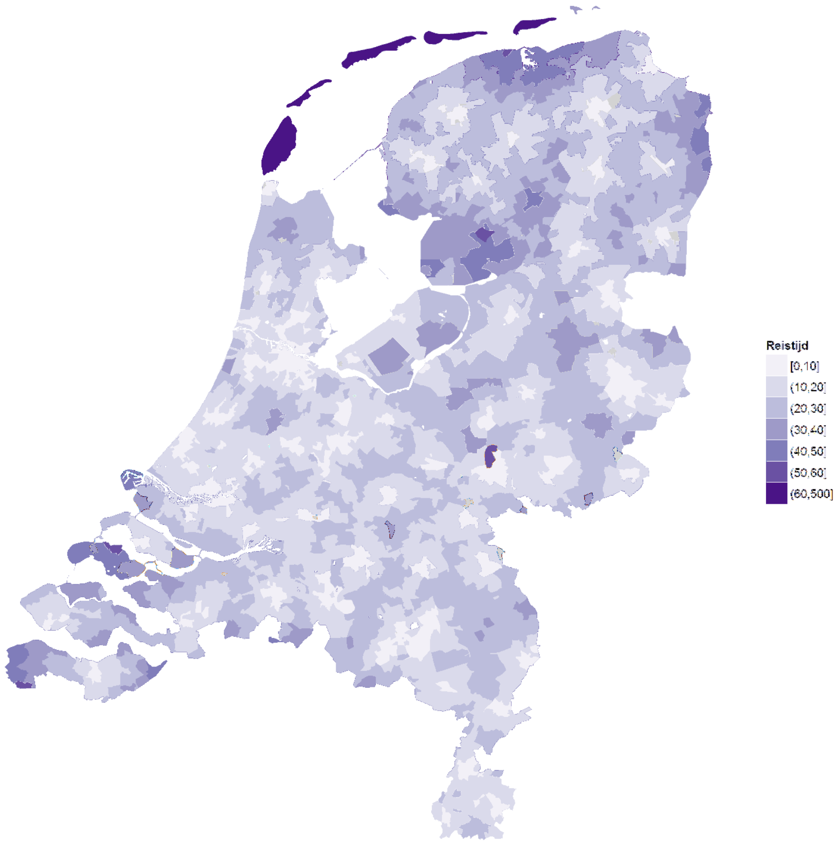



Bron: NZa, rapport Zorgcontracten in kaart, april 2015

De lichtere plekken op de kaarten geven regio’s weer waarin de zwangere vrouw relatief weinig keus heeft in het aanbod aan 1e-lijns verloskundige zorg (inclusief verloskundig actieve huisartsen). Vooral in Zeeland zien we regio’s waarbinnen de zwangere vrouw slechts enkele zorgaanbieders in een straal van 30 minuten ter beschikking heeft.

Figuur 2 beschrijft vervolgens de gemiddelde reistijd voor een patiënt om tweedelijns zorg te kunnen ontvangen.

**Figuur 2. Gemiddelde reistijd (in minuten) per patiënt voor tweedelijns verloskundige zorg**




Bron: 'GeoDan Drivetime Matrix'

In Figuur 2 is zichtbaar dat patiënten in de regio's Zeeland en aanvullend in Noord-Nederland, langer moeten reizen om tweedelijns verloskundige zorg te kunnen bereiken. Uit de onder zorgverzekeraars uitgezette enquête blijkt dat dit ook de regio's zijn waarin zorgverzekeraars met zorgaanbieders aanvullende vergoedingen overeenkomen om aanvullende maatregelen te treffen om de verminderde bereikbaarheid van de tweede lijn op te vangen (denk aan achterwachtregelingen). Voor de berekening van de gemiddelde reistijd is niet uitgegaan van ambulancevervoer.

Onderstaande Figuur 3 geeft weer waar in Nederland verloskundige samenwerkingsverbanden zijn opgezet. De verloskundige samenwerkingsverbanden (n = 85) hebben in alle gevallen zowel aanbieders van eerstelijns verloskunde, tweedelijns verloskunde en kraamzorg in zich verenigd. Het verloskundig samenwerkingsverband zelf hoeft geen "fysieke" locatie te hebben. Om deze reden is in Figuur 3 de locatie van de tweedelijns zorgaanbieder binnen het samenwerkingsverband aangehouden als centrale locatie. Op basis van de beschikbare data is niet aan te geven hoeveel zwangere vrouwen binnen de samenwerkingsverbanden worden geholpen, en daarmee hoe "groot" de samenwerkingsverbanden qua volume zijn. Wel is aan te geven hoeveel verschillende zorgaanbieders aangesloten zijn bij de samenwerkingsverbanden. Dit komt ook tot uiting in Figuur 3. Grotere cirkels betekenen meerdere afzonderlijke zorgaanbieders die binnen één samenwerkingsverband zijn verenigd. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs

met zich mee te brengen dat samenwerkingsverbanden die met grote cirkels zijn weergegeven ook zorg verlenen aan meer zwangere vrouwen. Het kan ook zijn dat meerdere kleinere aanbieders zich in één samenwerkingsverband hebben verenigd.

**Figuur 3. Verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland in 2014**



Bron: NZa, enquête zorgverzekeraars februari 2015

Op basis van de uitgevraagde informatie is de marktconcentratie van kraamzorgaanbieders niet weer te geven. Zoals eerder gemeld variëren aanbieders van kraamzorg sterk in grootte, waarbij enkele van de grote aanbieders meer dan de helft van het land bestrijken en andere aanbieders juist zeer kleinschalig zorg aanbieden.

## 2.4 Wijze van regulering

De bekostiging in de geboortezorg is van oudsher opgebouwd rondom de verschillende typen zorgaanbieders. Ook in 2015 bestaan nog gescheiden bekostigingsregels voor eerstelijns verloskunde, eerstelijns geboortecentra, poliklinische bevalling, kraamzorg en tweedelijns specialistische geboortezorg.

In deze paragraaf beschrijven we op hoofdlijnen de huidige bekostiging van de verschillende onderdelen van de geboortezorg keten.

### 2.4.1 Eerstelijns verloskundige zorg

De eerstelijns verloskundige basiszorg wordt hoofdzakelijk bekostigd via prestaties die het gehele traject aan verloskundige inzet weergeven. Een verloskundige kan één bedrag in rekening brengen voor het gehele verloskundige traject, of voor delen hiervan(zorg voor, tijdens en na de bevalling). Daarnaast kunnen verloskundigen de volgende verrichtingen gescheiden declareren:

- algemene termijn echo;
- specifieke diagnose echo;

- uitwendige versie bij stuitligging;
- prenatale screening bij counseling;
- prenatale screening NT-meting (nekplooi-meting;
- prenatale screening SEO (Structureel Echoscopisch Onderzoek).

Voor verloskundigen geldt dat alle prestaties maximumtarieven hebben. Deze prestaties zijn vastgelegd in de tariefbeschikking voor eerstelijns verloskundige zorg. De NZa indexeert jaarlijks de maximumtarieven voor de verschillende functies en daarbij horende prestaties. Het is vervolgens aan de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om een tarief overeen te komen, wat niet hoger mag zijn dan de door de NZa vastgestelde tarieven.

De zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om, bovenop de tarieven voor het hele traject van verloskundige zorg die de NZa landelijk vaststelt, regionaal een aantal opslagen op deze tarieven af te spreken met de zorgverzekeraars. Dit moet contractueel overeengekomen worden. Het betreft opslagen voor:

- verzekerden woonachtig in achterstandswijken (deze opslag geldt ook voor RZA-verzekerden);[4]
- aanvullende maatregelen of werkzaamheden van de eerste lijn als gevolg van structureel verminderde beschikbaarheid of bereikbaarheid van de tweede lijn;
- facilitering van natale en postnatale zorg in een eerstelijns geboortecentrum, waarvan het beheer en exploitatie kan worden uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg.

Ook deze opslagen kennen een door de NZa bepaald maximumtarief.

Per 2015 zijn hieraan twee overeen te komen opslagen toegevoegd die bekostiging van werkzaamheden op het grensvlak van 1e- en 2e-lijns zorg, mogelijk maken. Dit zijn de module ‘Integrale geboortezorg’ en de module ‘lachgassedatie’. De module integrale geboortezorg biedt aanvullende tariefruimte ter verbetering van de kwaliteit van verloskundige zorg, inclusief de bevordering van de samenwerking en professionalisering binnen de geboortezorg keten. Onderdeel hiervan kan de inzet van een medisch specialist zijn gedurende het eerstelijns verloskundige traject. De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om deze module overeen te komen met een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die verloskundige zorg levert aan de betrokken patiënt. De module ‘bevalling in een geboortecentrum met lachgassedatie’ dient ter facilitering van natale en postnatale zorg in een eerstelijns geboortecentrum waarbij pijnbestrijding wordt toegepast door toedieningen van een lachgasmengsel.

### 2.4.2 Tweedelijns verloskundige zorg

*Prestaties*

In de tweede lijn wordt de verloskundige zorg bekostigd met Diagnose Behandel Combinaties (hierna: DBC-zorgproducten). Een DBC-zorgproduct is het totale zorgtraject vanaf de diagnosestelling door de zorgverlener tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. De DBC omvat zowel honoraria voor de gynaecoloog als kosten voor de vergoeding van het ziekenhuis, waarin onder andere alle loonkosten van het ondersteunend personeel zijn opgenomen.

De gynaecoloog registreert gedurende de behandeling gegevens over geleverde zorg, waaronder de diagnose in een zorgtraject. Een

---

[4] RZA-verzekerden vallen onder de Regeling Zorg Asielzoekers. Deze regeling beschrijft de ziektekostenregeling die het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) heeft opgesteld voor asielzoekers vanaf 2009.

zorgtraject kan bestaan uit één of meerdere subtrajecten. Ook wordt de zorg vastgelegd in zorgactiviteiten (bijvoorbeeld echo's, geneesmiddelen, onderzoeken). Aan het einde van de behandeling worden de gegevens in de vorm van declaratiedatasets (subtraject en zorgactiviteiten) aan een grouper afgeleverd. De grouper leidt hier vervolgens een DBC-zorgproduct uit af. De diagnoselijst van de gynaecologie (welke de medisch specialist in een subtraject vastlegt) is onderverdeeld in de onderdelen gynaecologie, verloskunde, oncologie, infertiliteit en endocrinologie.

*Tarieven*
Er zijn twee typen tweedelijns zorgproducten: DBC-trajecten voor langdurige zorg en Overige zorgproducten (OZP's) voor kortdurende zorg. Per 1 januari 2015 geldt per zorgproduct één integraal tarief. Tot en met 2014 bestond het tarief voor een zorgproduct uit een gescheiden kostendeel en een honorariumdeel.

Van alle tarieven voor de verloskundige zorg is het kostendeel vrij onderhandelbaar (B-segment). Het kostendeel is het bedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de instellingskosten. Deze kosten bestaan uit personeelskosten (loondienst van klinisch verloskundige, verpleegkundigen etc.) en materiele kosten. Medewerkers werkzaam bij een instelling, niet zijnde medisch specialisten, worden hieruit betaald.

Het honorariumdeel van de medisch specialist was tot 2015 gemaximeerd. Het honorariumdeel is het bedrag per zorgproduct dat in rekening gebracht kan worden ter vergoeding van de diensten van een gynaecoloog of een andere medisch specialist die betrokken is bij de verloskundige zorg. Ook de kosten voor personeel dat de medisch specialist ondersteund kunnen opgenomen zijn in het honorariumdeel. Vanaf 2015 is ook dit deel vrij onderhandelbaar waardoor het mogelijk is om tot één integraal tarief over te gaan. Een DBC-zorgproduct kan meerdere honorariumcomponenten bevatten. Eén voor de hoofdbehandelaar (de gynaecoloog) en één of meerdere componenten voor ondersteunde specialisten (zoals de anesthesioloog).

Laag-risicobevallingen vinden in toenemende mate plaats in ziekenhuizen zonder dat er een medische indicatie aan ten grondslag ligt. Er is dan sprake van een poliklinische bevalling. Indien er sprake is van een poliklinische bevalling in het ziekenhuis waarbij geen sprake is van begeleiding door de gynaecoloog, dan zijn er OZP's beschikbaar welke in rekening kunnen worden gebracht door het ziekenhuis. Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende poliklinische bevallingen:

- Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
- Poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
- Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
- Poliklinische bevalling op medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.
- Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog met partusassistentie.
- Verplichte poliklinische bevalling zonder medische indicatie niet door een gynaecoloog en zonder partusassistentie.

### 2.4.3 Kraamzorg

Kraamzorg kent de volgende declareerbare prestaties:
- Per uur kraamzorg.
- Per uur partusassistentie: het voorbereiden op, het assisteren bij de bevalling en het verzorgen van moeder en kind direct na de bevalling. De partusassistentie wordt verricht onder leiding van een verloskundige of huisarts.
- Per inschrijving: onder inschrijving worden de volgende handelingen verstaan:
  - het verwerken van de (telefonische) aanmelding;
  - het toesturen van informatiemateriaal en het inschrijfformulier;
  - het op basis van het ingevulde inschrijfformulier verrichten van diverse administratieve handelingen;
  - het plannen van het op termijn in te zetten personeel.
- Per intake (bij de cliënt thuis of telefonisch).

De tarieven voor kraamzorg zijn maximumtarieven. De tarieven voor kraamzorg zijn in 2013 herzien onderbouwd op basis van kostenonderzoek en worden in beginsel jaarlijks geïndexeerd. Per 2013 kan het maximum tarief met 10% worden verhoogd indien hieraan een contract tussen verzekeraar en aanbieder ten grondslag ligt.

### 2.4.4 Zorg rondom zwangerschap en geboorte: samenwerking

De monodisciplinaire oriëntatie binnen de bekostiging sluit niet goed aan op de in alinea 2.1 beschreven veranderingen in het geboortezorgveld waarin samenwerking centraal staat. Daarnaast is het binnen de bestaande systematiek voor de verzekeraar niet eenvoudig om de verschillende onderdelen van de geboortezorgketen in samenhang in te kopen. Dit levert vooral knelpunten op bij de inkoop van zorg die geleverd wordt op het grensvlak van eerste en tweede lijn en bij de overdracht hiertussen.

Het invoeren van integrale bekostiging wordt als faciliterend gezien om de samenwerking en onderlinge gegevensoverdracht tussen zorgverleners mogelijk te maken en zodoende de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren. In het advies van juni 2012 adviseert de NZa om voorlopig nog geen integrale bekostiging in te voeren maar het mogelijk te maken dat partijen op lokaal niveau kunnen experimenteren met integrale bekostiging door middel van de beleidsregel Innovatie.

In de afgelopen jaren zijn in veel regio's de verschillende aanbieders in de geboortezorgketen steeds intensiever gaan samenwerken. Het integraal organiseren van geboortezorg blijkt echter een ingewikkeld proces te zijn en een stapsgewijze benadering te vergen. Het integraal bekostigen van geboortezorg geldt daarbij als sluitstuk van dit proces. Dit volgt uit de beschrijving van de samenwerking in hoofdstuk 3. In de bestaande bekostigingssystematiek is in de tussentijd ruimte gebouwd om aanvullend investeringen te doen. Het gaat dan bijvoorbeeld om investeringen in het opzetten van de structuren die de samenwerking tussen de verschillende aanbieders moeten verbeteren of om initiatieven op de grens tussen eerste- en tweedelijns zorg.

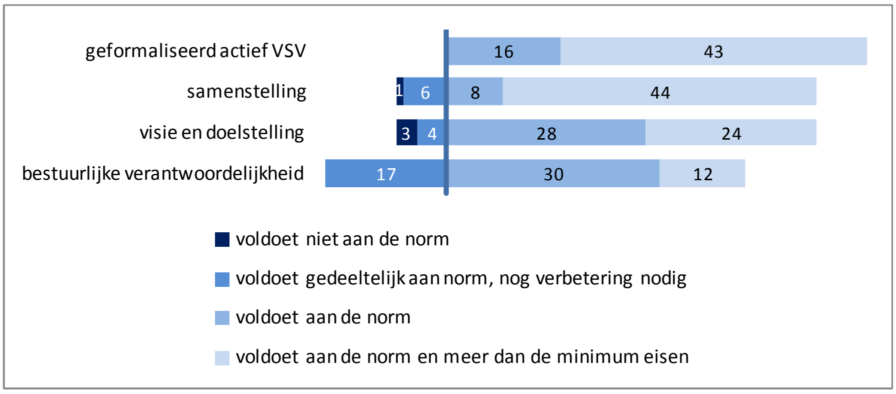
# 3. Samenwerking organiseren

In het vorige hoofdstuk is de markt voor geboortezorg beschreven. In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op de wijze waarop partijen de samenwerking vormgeven, op welke wijze hier op wordt gestuurd en welke randvoorwaarden en knelpunten daarbij een rol spelen.

## 3.1 Integrale organisatie

De IGZ heeft in 2012 en 2013 diverse VSV's bezocht. Met deze bezoeken heeft de IGZ onderzocht in welke mate de normen van het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, zijn ingevoerd.[5] Eind 2014 heeft de IGZ met een vragenlijst de mate van samenwerking geïnventariseerd in de 59 VSV's die niet in het eerdere onderzoek bezocht waren. De normen die de IGZ hanteert zijn gebaseerd op het eerder genoemde stuurgroepadvies (zie Box 2). Uit dit onderzoek blijkt dat een grote meerderheid van de VSV's volgens hun zelfevaluatie voldoet aan de gestelde normen of zichzelf beter scoort dan de minimum eis (Figuur 4). Toch blijkt uit het onderzoek van de IGZ dat er voor een deel van de VSV's nog ruimte is voor verbetering. Met name bij de vormgeving van de bestuurlijke verantwoordelijkheid en het formuleren van een gedragen missie en visie kan een aantal VSV's nog winst boeken. Hierbij moet worden opgemerkt dat de normen uit het stuurgroepadvies die de IGZ hanteert voor het vormgeven van de organisatie van het VSV, geen betrekking hebben op de randvoorwaarden waaraan een organisatie moet voldoen om geboortezorg op integrale wijze te kunnen bekostigen. In paragraaf 3.4 wordt hier nader op ingegaan.

**Figuur 4. Aantal VSV's dat op 1-1-2015 geheel, gedeeltelijk of niet aan de door de IGZ getoetste normen voldeed**




Bron: IGZ, n = 59 VSV

---

[5] IGZ: Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut, juni 2014. http://www.igz.nl/Images/2014-06%20Mogelijkheden%20voor%20verbetering%20geboortezorg%20nog%20onvolledig%20benut_tcm294-351507.pdf

**Box 2. Door IGZ gehanteerde normen m.b.t. de organisatie van verloskundige samenwerkingsverbanden**

1. Geformaliseerd actief VSV
   Er is een formeel VSV, in een notitie vastgelegd, met regelmatige bijeenkomsten en met een concrete agenda. Besluiten en notulen worden actief gecommuniceerd naar alle betrokkenen.
2. Samenstelling VSV
   Alle in het SZG-advies genoemde disciplines en instellingen nemen deel aan het VSV met gemandateerde vertegenwoordigers. Alle disciplines zijn bij de vergaderingen en in werkgroepen vertegenwoordigd.
3. Visie en doelstelling VSV
   Het VSV heeft een missie / visie vastgelegd die bekend is bij alle aan het VSV deelnemende disciplines en door allen wordt onderschreven. Doelen zijn hierin niet concreet benoemd.
4. Bestuurlijke verantwoordelijkheid VSV
   Het VSV heeft een multidisciplinair bestuur. De taken en bevoegdheden van het bestuur ten aanzien van de deelnemers zijn vastgelegd.

Bron: IGZ

## 3.2 Organisatiemodellen voor samenwerking

In de huidige situatie is het gebruikelijk dat verschillende aanbieders van geboortezorg ieder afzonderlijk een contract afsluiten met de verzekeraars. Wanneer de gehele geboortezorgketen in één prestatie wordt verpakt, zal deze ook met één organisatorisch verband overeengekomen worden. Dit organisatorisch verband treedt daarmee op als contractpartij richting de zorgverzekeraar en wordt in deze quickscan een 'geboortezorgorganisatie' genoemd. In een (concept) publicatie van het CPZ worden verschillende organisatiemodellen voorgesteld.[6] Hieronder zijn de modellen kort toegelicht. Voor een volledige omschrijving wordt verwezen naar de publicatie van CPZ.

- Zorgverleners in loondienst.
  Er wordt een zorgonderneming opgericht waarbij alle zorgverleners in loondienst treden.
- Samenwerkende organisaties.
  Er wordt een zorgonderneming opgericht die als hoofdcontractant optreedt richting verzekeraar. De bestaande aanbieders van geboortezorg treden als onderaannemer op.
- Participatie in de gemeenschappelijke onderneming.
  Er wordt een zorgonderneming opgericht waarvan alle zorgverleners mede-eigenaar zijn.
- Mengvorm van bovenstaande modellen.

## 3.3 Sturing op samenwerking door zorgverzekeraars

Het tot stand brengen van samenwerking vergt een inspanning van zowel marktpartijen als overheidsinstanties. Per 2015 is een aantal wijzigingen doorgevoerd in de beleidsregels Verloskunde en Kraamzorg die marktpartijen ruimere tariefmogelijkheden geven om de samenwerking en ketenvorming verder uit te bouwen (zie alinea 2.4.1).

[6] CPZ: 'De geboortezorgorganisaties, organisatiemodellen integrale geboortezorg', voorjaar 2015 (concept).

In de beleidsregel verloskunde is aanvullende tariefruimte geïntroduceerd in de vorm van de 'Module integrale geboortezorg' die het mogelijk maakt voor de aanbieder en de verzekeraar om tot 10% van het tarief voor verloskundige zorg extra overeen te komen. Daarnaast zijn de mogelijkheden voor het verrekenen van 'onderlinge dienstverlening' voor zowel kraamzorg als verloskundige zorg verruimd. Ook bestaat er een mogelijkheid om op basis van de beleidsregel Innovatie een experiment te starten met een integraal tarief voor de gehele keten van geboortezorg. In deze paragraaf wordt beschreven in welke mate en op welke wijze gebuikt wordt gemaakt van de Module integrale geboortezorg en de beleidsregel Innovatie.

### 3.3.1 Inkoopbeleid rondom samenwerking

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om in het inkoopbeleid voor geboortezorg bepalingen op te nemen om de ketenvorming te stimuleren. Om hiervan een beeld te krijgen zijn de modelovereenkomsten voor eerstelijns verloskunde en kraamzorg 2015 geanalyseerd die verzekeraars op hun website hebben gepubliceerd.[7]

Bij twee verzekeraars kon de overeenkomst niet als basis voor de vergelijking worden genomen omdat (een deel van) het contracteerproces digitaal plaatsvond. Bij deze verzekeraars zijn de voorwaarden zoals gepubliceerd in het inkoopbeleid, als uitgangspunt genomen voor de analyse. Uit deze analyse komt naar voren dat de mate waarin de modelovereenkomst ketenvorming wordt gestimuleerd of afgedwongen, verschilt tussen de verschillende verzekeraars.

*Eerstelijns verloskunde*
Twee verzekeraars hebben niet of nauwelijks vereisten op het gebied van samenwerking en ketenvorming als contractvoorwaarde opgenomen in de modelovereenkomst of in het inkoopbeleid voor eerstelijns verloskundige zorg. Acht verzekeraars hebben wel voorwaarden of criteria opgenomen die moeten bijdragen aan ketenvorming en samenwerking. Voorbeelden van deze voorwaarden zijn:

- Actieve deelname aan minimaal één VSV en aan de Perinatale Audit.
- Het maken van overdrachtsafspraken met de jeugdgezondheidszorg.
- Het uitwerken van zorgpaden op basis van de zorgvraag van de patiënt.

Van deze acht verzekeraars gaan drie verzekeraars nog een stap verder en hebben activerende maatregelen opgenomen in hun modelovereenkomst of inkoopbeleid. Twee verzekeraars hebben verschillende inspanningsverplichtingen als voorwaarde opgenomen in de modelovereenkomst om de samenwerking en ketenvorming te verbeteren. Een verzekeraar stelt groeivoorwaarden ten behoeve van de ontwikkeling van de ketensamenwerking. Indien aanbieders niet tijdig aan de groeivoorwaarden voldoen kan dit leiden tot een afslag op de tarieven per 2016.

*Kraamzorg*
Ook de mate waarin verzekeraars kraamzorgaanbieders stimuleren om samenwerking en ketenvorming vorm te geven door het stellen van voorwaarden en criteria, verschilt tussen de verschillende verzekeraars. Eén verzekeraar heeft geen voorwaarden met betrekking tot samenwerking of ketenvorming opgenomen in de modelovereenkomst

[7] VGZ, CZ, Achmea, Menzis, Z&Z, ENO, ASR, ONVZ, DFZ, DSW. De bij Multizorg aangesloten verzekeraars zijn in dit stuk als afzonderlijke verzekeraars genoemd.

kraamzorg of in het gepubliceerde inkoopbeleid. Van twee verzekeraars zijn de voorwaarde niet beoordeeld omdat werd gewerkt via een digitaal contracteerproces.

Zeven verzekeraars hebben één of meerdere voorwaarden opgenomen in de modelovereenkomst kraamzorg die de samenwerking en ketenvorming moeten stimuleren. De voorwaarden die zijn benoemd overlappen deels met de voorwaarden in de modelovereenkomsten voor eerstelijns verloskunde. Enkele voorbeelden zijn:

- Actieve deelname aan minimaal één VSV.
- Het maken van overdrachtsafspraken met de jeugdgezondheidszorg.
- Afstemming en overdracht op basis van protocollen die regionaal zijn afgestemd.

Van deze zeven zorgverzekeraars hebben twee zorgverzekeraars ook meer activerende voorwaarden, zoals inspanningsverplichtingen, opgenomen om de samenwerking en ketenvorming verder te ontwikkelen. De gehanteerde inspanningsverplichtingen zijn gericht op het komen tot een intensievere of meer geformaliseerde samenwerking tussen de verschillende aanbieders in de keten.

### 3.3.2 Inkoop module Integrale geboortezorg

In maart 2015 heeft de NZa informatie opgevraagd bij alle zorgverzekeraars over de inkoop van geboortezorg.[8] Op het moment van deze uitvraag hadden 22 regio's met tenminste één zorgverzekeraar een overeenkomst gesloten over de module Integrale geboortezorg.[9] Drie regio's waren nog in gesprek met tenminste één zorgverzekeraar.

De vier grote zorgverzekeraars hebben beleid, specifiek voor de contractering van deze module, opgesteld en gepubliceerd op hun website. Bij de overige vijf zorgverzekeraars was het beleid voor contractering van de module nog in ontwikkeling en alleen in concept beschikbaar. De verzekeraars die al beleid hebben uitgewerkt gebruiken deels overlappende criteria.

Alle verzekeraars zetten de module Integrale geboortezorg in ter ondersteuning van het traject naar het integraal bekostigen van de geboortezorgketen en daarmee in het belang van de samenwerking en de ketenvorming. Eén verzekeraar biedt ook ruimte om de module in te zetten voor de ondersteuning van projecten die niet per definitie leiden tot het integraal bekostigen van geboortezorg. Alle regio's die een overeenkomst hebben bereikt over de module integrale geboortezorg, hebben dit echter gedaan in het kader van de samenwerking en de ketenvorming.

De verzekeraars die beleid over deze module (in concept) beschikbaar hadden, hanteren allen de volgende criteria voor aanvragen van de module ter ondersteuning van het traject richting integrale bekostiging:

- De module wordt aangevraagd vanuit of ondersteund door een VSV.

[8] VGZ, CZ, Achmea, Menzis, Z&Z, ENO, ASR, ONVZ, DFZ en DSW.
[9] Met de regio's waarmee een overeenkomst is afgesloten, wordt bedoeld de aanbieders die binnen regio in een VSV opereren en waarmee een overeenkomst is afgesloten. Het VSV zelf treedt dan niet per definitie op als contractpartner van de verzekeraar. De zorgaanbieders die participeren in een experiment overlappen ook niet per definitie met het VSV van de betreffende regio. In dit rapport wordt daarom gesproken van een experiment in een bepaalde regio in plaats van een experiment binnen een VSV.

- Partijen spreken de intentie uit om binnen één tot twee jaar over te gaan op integrale bekostiging van de geboortezorgketen. Partijen dienen op dat moment een juridische entiteit gevormd te hebben.
- Het betrokken VSV zit op een samenwerkingsniveau dat overeenkomt met de omschrijving van niveau 2 of 3 van de CPZ matrix.[10]

Boven op de bovenstaande criteria worden door zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden gehanteerd over:
- de wijze waarop benoemde doelstellingen worden gemeten (SMART) of het volgen van een landelijke indicatorenlijst voor het meten van uitkomsten;
- het delen of beschikbaar stellen van informatieproducten;
- het afleggen van verantwoording over de wijze waarop de middelen van de module worden besteed;
- de bereidheid die partijen dienen uit te spreken om in de toekomst besparingen te realiseren, bijvoorbeeld door toepassing van taakherschikking.

Het overgrote deel van de regio's die voor de module zijn gecontracteerd, hebben op het moment van uitvraag nog maar met één verzekeraar een overeenkomst voor de module.

### 3.3.3 Experimenten integrale bekostiging geboortezorg

Op het moment van publicatie heeft de NZa twee experimenten met een integraal tarief voor geboortezorg toegewezen op basis van de beleidsregel Innovatie (AL/BR-0027). Door middel van zo een experiment wordt het voor aanbieders en verzekeraars mogelijk om één integrale prestatie met één integraal tarief overeen te komen voor de gehele keten van geboortezorg.

Een experiment in de regio Dirksland is per 1 januari 2014 gestart met een integrale prestatie die de eerstelijns verloskundige zorg en gynaecologische zorg omvat. Kraamzorg is niet in de integrale prestatie opgenomen. De eerstelijns verloskundige zorg en gynaecologische zorg maakten in deze regio al onderdeel uit van het ziekenhuis. De vorming van een nieuwe geboortezorgorganisatie om een integrale prestatie overeen te komen, was hierdoor overbodig.

Een ander experiment in de regio Delft is per 1 juli 2015 van start gegaan. Ook dit experiment omvat alleen eerstelijns verloskundige zorg en gynaecologische zorg. Ook kan de kinderarts binnen dit experiment worden geconsulteerd gedurende de prenatale fase. Anders dan in de regio Dirksland hebben de verschillende aanbieders van geboortezorg in de regio Delft een nieuwe juridische entiteit opgericht die als contractpartner fungeert van de verzekeraar. De aanbieders hebben er voor gekozen om de organisatie van dit samenwerkingsverband vorm te geven conform het door CPZ omschreven model van 'Samenwerkende organisaties'.[11] Zij hebben er tevens voor gekozen om voor de facturering van de geleverde zorg, de administratie van het betrokken ziekenhuis te gebruiken.

[10] CPZ, Matrix 'Niveaus van samenwerking binnen een verloskundig samenwerkingsverband', www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/2326.
[11] CPZ: 'De geboortezorgorganisaties, organisatiemodellen integrale geboortezorg', voorjaar 2015 (concept). Een korte omschrijving is gegeven in alinea 3.2.

## 3.4 Randvoorwaarden voor integrale bekostiging geboortezorg

In veel regio's in het land werken veldpartijen aan het integraal organiseren en bekostigen van geboortezorg. Om een beeld te krijgen waar veldpartijen tegenaan lopen zijn gesprekken gevoerd met verschillende regio's die toewerken naar integrale bekostiging van geboortezorg[12]. De gepresenteerde bevindingen zijn gebaseerd op deze gesprekken. Deze regio's bevonden zich in verschillende stadia van samenwerking. Uit deze gesprekken komen verschillende aspecten naar voren waarover partijen afspraken moeten maken voordat de overgang naar het integraal bekostigen van geboortezorg plaats kan hebben. In deze paragraaf wordt ingegaan op de aspecten die randvoorwaardelijk zijn aan het integraal bekostigen van geboortezorg.

*Afbakening van de prestatie voor integrale geboortezorg*
Een integrale prestatie kan bestaan uit de onderdelen eerstelijns verloskundige zorg, tweedelijns verloskundige zorg, kraamzorg, derdelijns verloskundige zorg en neonatologie. Alle regio's waarmee is gesproken, hebben voornemens de eerstelijnsverloskunde en tweedelijns verloskunde (gynaecologie) te includeren in het integrale tarief. Kraamzorg wordt door veldpartijen als essentieel onderdeel van de geboortezorgketen gezien, maar is in de twee regio's die al met een experiment zijn gestart nog niet in het integrale tarief opgenomen. In deze beide regio's maakt kraamzorg wel op organisatorisch niveau onderdeel uit van de geboortezorgketen.

Veldpartijen met wie is gesproken, geven aan dat zij geen voornemens hebben om de neonatologie op te nemen in het integrale tarief. Wel kiezen verschillende regio's om indien nodig een kinderarts aan te laten sluiten bij de multidisciplinaire overleggen (MDO's). Verschillende regio's hebben voornemens om derdelijns verloskundige zorg niet te includeren in de integrale prestatie omdat hiervoor moet worden verwezen naar een ziekenhuis dat niet bij het betreffende samenwerkingsverband is aangesloten.

*Declaraties door derde zorgaanbieders*
Een zwangere moet de mogelijkheid hebben om zorg te ontvangen van een aanbieder die niet is aangesloten bij de geboortezorgorganisatie waarbij de zwangere primair in zorg is. Dit borgt de keuzevrijheid van patiënten. Daarnaast kan het voorkomen dat de zwangere gedurende de zwangerschap verhuist naar een andere regio waardoor een deel van de zorg wordt geleverd door aanbieders van geboortezorg die niet bij de geboortezorgorganisatie zijn aangesloten. Ook kan de zwangere kiezen om tijdens haar zwangerschap over te stappen op een andere verzekeraar die niet is aangesloten bij het betreffende experiment.

Om dit probleem te ondervangen kiezen diverse regio's er voor om twee declaratiesystemen naast elkaar te gebruiken, waarbij in de regio's verschillende oplossingsrichtingen worden gebruikt om te voorkomen dat zorg dubbel in rekening wordt gebracht:
- Declaraties van derde zorgaanbieders worden verrekend met het integrale tarief dat de verzekeraar uitkeert aan de geboortezorgorganisatie.
- Indien er geboortezorg in rekening wordt gebracht door een derde zorgaanbieder wordt bij het in rekening brengen van alle zorg die deze zwangere ontvangen heeft, teruggevallen op de reguliere declaratiesystematiek. Ook de zorg die door de betreffende

[12] De NZa heeft gesprekken gevoerd vertegenwoordigers van vier regio's.

geboortezorgorganisatie wordt geleverd, wordt dan op basis van de reguliere prestaties gedeclareerd.

Dit knelpunt wordt verholpen wanneer volledig op integrale bekostiging wordt overgestapt. Een aandachtspunt bij de invoering van integrale bekostiging is dat er duidelijkheid moet worden geschept over de wijze waarop kosten worden verrekend indien een zwangere vrouw er voor kiest om naar een andere aanbieder van geboortezorg te gaan.

*Verrekenen eigen bijdrage en eigen betaling*
Wanneer geboortezorg door middel van een integraal tarief in rekening wordt gebracht, dient nog steeds te worden voldaan aan de verplichting tot het verrekenen van de verplichte eigen bijdrage voor kraamzorg en de eigen betaling voor een niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling of bevalling in een geboortecentrum. Het staat een verzekeraar vrij om deze kosten vanuit een aanvullende polis of anderszins te vergoeden voor de patiënt, zolang deze kosten niet als uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet worden aangemerkt en niet ten laste van de verevening worden gebracht.

## 3.5 Knelpunten voor integrale organisatie en bekostiging

De keuze voor een organisatiemodel zal invloed hebben op de werking van fiscale regelgeving, mededingingsregelgeving en kwaliteitsregelgeving. Hieronder wordt ingegaan op een aantal aspecten vanuit de regelgeving waarmee partijen te maken kunnen krijgen bij het oprichten van een geboortezorgorganisatie en die een belemmering kunnen vormen voor een goede samenwerking. Hierbij zijn alleen de signalen weergegeven die vanuit veldpartijen zijn ontvangen en die veldpartijen als belemmerend hebben ervaren bij het tot stand brengen van samenwerking.

*Btw bij onderlinge verrekening*
Medische handelingen die gericht zijn op de gezondheidskundige verzorging van de individuele mens zijn vrijgesteld van btw. Toch hebben verschillende regio's de 'btw problematiek' als belemmeringen genoemd voor het komen van integrale bekostiging van geboortezorg. Veldpartijen stellen dat de btw-plicht op twee niveaus kan ontstaan wanneer partijen overgaan naar een integrale bekostigingswijze:

- Indien er middelen worden uitgekeerd van zorgverzekeraar naar zorgaanbieder voor coördinatie en organisatie van zorg, vaak aan een multidisciplinair samenwerkingsverband, als onderdeel van een integraal tarief of als aparte deelprestatie of module. Partijen stellen dat in het oordeel van de fiscus de kosten voor coördinatie en organisatie van zorg niet altijd onder de vrijstellingen vallen.
- Indien er middelen worden uitgekeerd van een hoofdaannemer naar een onderaannemer voor zorglevering of consultatie. Partijen stellen dat bijvoorbeeld de betaling voor een consultatie van een specialist door een eerstelijns zorgverlener naar het oordeel van de fiscus niet onder vrijstelling valt. Ook hebben partijen aangegeven dat bij het onderling verrekenen van bijvoorbeeld de kosten voor kraamzorg die door kraamzorgaanbieders in een ziekenhuis zijn geleverd, er sprake kan zijn van btw-plicht op de betaling van het ziekenhuis naar de kraamzorgaanbieder.

Naast bovenstaande hebben partijen aangegeven dat er regionale verschillen kunnen zijn in de toepassing de btw regelgeving.

*Toelating in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)*
Indien een regio er voor kiest om een gezamenlijke geboortezorgorganisatie op te richten die als contractpartner optreedt bij het overeenkomen van een integraal tarief, dan kan het zijn dat deze organisatie een WTZi toelating moet aanvragen. Hiervan is sprake indien deze geboortezorgorganisatie zelf zorg levert. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en het uitvoeringsbesluit WTZi, zijn onder andere van toepassing op instellingen die medisch specialistische zorg, kraamzorg en verloskundige zorg leveren. Instellingen voor medische specialistische zorg dienen een WTZi toelating aan te vragen. Instellingen voor kraamzorg en verloskundige zorg worden op grond van het Uitvoeringsbesluit WTZi geacht over een WTZi toelating te beschikken. Kraamzorginstellingen en verloskundige praktijken worden dus ‘automatisch’ toegelaten tot de markt voor Zvw/Wlz zorg en hoeven geen toelating aan te vragen. Alle instellingen die onder de reikwijdte van de WTZi vallen, dienen te voldoen aan de vereisten die in het Uitvoeringsbesluit WTZi zijn gespecificeerd. Het gaat onder andere om vereisten op het gebied van de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering.

Een geboortezorgorganisatie die zelf geen zorg levert, maar alleen administratieve taken uitvoert, wordt niet beschouwd als een instelling in de zin van de WTZi. Hiervan kan sprake zijn in een organisatiemodel waarin die geboortezorgorganisatie als hoofdaannemer fungeert en andere (bestaande) aanbieders van geboortezorg als onderaannemer optreden. Uitsluitend de zorgaanbieders die als onderaannemer fungeren, worden dan beschouwd als instelling in de zin van de WTZi, maar alléén als deze zorgaanbieders/onderaannemers zijn te kwalificeren als een ‘organisatorisch verband’ en zorg leveren waarop ingevolge de Zvw aanspraak bestaat (verzekerde zorg). Indien voor een organisatiemodel wordt gekozen waarin de verschillende zorgverleners in loondienst treden van de geboortezorgorganisatie, dan wordt de organisatie wel gezien als een instelling in de zin van de WTZi. Er is dan immers sprake van een organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5, lid 1, WTZi dat zorg levert waarop ingevolge de Zvw aanspraak bestaat. Omdat een deel van die zorg medisch specialistische zorg betreft, zal een dergelijke organisatie een WTZi-toelating moeten aanvragen.

*Mededinging*
Indien de bestaande zorgaanbieders een gezamenlijke geboortezorgorganisatie oprichten, of een fusie of overname tot stand brengen, dan kunnen partijen te maken krijgen met de Mededingingswet. Indien bij een concentratie partijen zijn betrokken die samen bestaan uit meer dan 50 personen die zorg verlenen, dan moet de concentratie vooraf gemeld worden bij de NZa. Indien de omzetdrempels worden gepasseerd[13] dienen partijen de concentratie vooraf ook te melden bij de ACM. Indien er geen sprake is van een concentratie in de zin van de Mededingingswet, maar slechts van een samenwerkingsverband, mag er geen sprake zijn van horizontale prijsafstemming, indien partijen concurrenten zijn. Ook mag het samenwerkingsverband niet leiden tot marktafsluiting van zorgverzekeraars of zorgaanbieders.

*Zelfstandigenaftrek*
Zorgverleners die nu werken als zelfstandige kunnen onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van een zelfstandigenaftrek. Indien de nieuwe geboortezorgorganisatie feitelijk de enige opdrachtgever wordt

[13] De wereldwijde omzet van de betrokken bedrijven in een jaar is in totaal meer dan 55.000.000 euro en minstens 2 van de betrokken bedrijven hebben binnen Nederland een jaaromzet van 10 miljoen euro of meer. Daarnaast moeten beide fusiepartners ieder afzonderlijk een omzet hebben behaald van meer dan 5.500.000

van de zelfstandige, dan kan er sprake zijn van een fictief dienstverband en vervalt het recht op de zelfstandigenaftrek.

# 4. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk worden de zorgvraag (volume), de omzet en de kosten per (type) bevalling gepresenteerd. Door de resultaten integraal voor de hele geboortezorg te presenteren sluit dit zowel aan bij het perspectief van de consument als bij de samenwerking in de geboortezorg. Voor het samenwerkingsverband is het van belang om te weten wat de kosten per bevalling van het hele traject zijn en ook wat de kosten per type zorg binnen het hele traject zijn.

In dit hoofdstuk worden alleen de gedeclareerde kosten weergegeven van de drie typen zorg zoals hieronder beschreven. Doordat zowel de kosten als de zorg daarbij specifiek zijn gedefinieerd, kan het voorkomen dat de cijfers niet altijd overeen komen met de cijfers uit andere bronnen.

Typen zorg:
- Eerstelijns verloskundige zorg: Verloskundige prenatale, natale en postnatale zorg die is geleverd door een eerstelijns verloskundige of een verloskundige huisarts. Er kunnen aanvullend twee subtypen zorg vanuit de eerste lijn worden geleverd:
  - Verloskundige screening en diagnostiek: Echo's en prenatale screenings die uitgevoerd worden in het ziekenhuis. Hieronder valt geen eerstelijns laboratoriumonderzoek.
  - Eerstelijns poliklinische zorg: Het gebruik van de beschikbare huisvesting, inventaris en materialen in het ziekenhuis of het geboortecentrum.
- Tweedelijns verloskundige zorg: Verloskundige prenatale, natale en postnatale zorg die is geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog.
- Kraamzorg: Huisbezoek van de kraamzorg tijdens de zwangerschap, het assisteren en begeleiden tijdens de bevalling en zorg in de kraamperiode.

De resultaten worden niet alleen gepresenteerd per type zorg, maar ook per type bevalling. Hierbij worden drie verschillende typen bevallingen onderscheiden. Hieronder zijn deze beschreven.

Typen bevalling:
- Eerstelijns thuisbevalling: Dit is een bevalling die thuis plaatsvindt. De verantwoordelijke voor de bevalling is de eerstelijns verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.
- Eerstelijns poliklinisch bevalling: Dit is een bevalling die in het ziekenhuis of het geboortecentrum plaatsvindt. De verantwoordelijke voor de bevalling is de eerstelijns verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.
- Tweedelijns bevalling: Dit is een bevalling die in het ziekenhuis plaatsvindt. Als er een medische indicatie voor is, zal de bevalling in de tweede lijn plaatsvinden. De verantwoordelijke voor de bevalling is de gynaecoloog. Een bevalling die in de eerste lijn begint en in de tweede lijn eindigt is een tweedelijns bevalling.

De resultaten zijn gebaseerd op de gedeclareerde prestaties over de jaren 2010-2013. Een aandachtspunt hierbij is dat de omzet en kosten voor tweedelijns- en poliklinische zorg berekend zijn op basis van de bedragen die zijn gedeclareerd. Deze gedeclareerde bedragen zijn de prijzen die verzekeraars hebben afgesproken met de zorgaanbieders. Eventuele verrekeningen ten gevolge van budget en plafondafspraken

zijn niet in de gedeclareerde bedragen verwerkt.[14] Hierdoor representeren de omzet en de kosten per (type) bevalling het bedrag dat hiervoor is gedeclareerd en niet de macro uitgaven voor de zorg.

## 4.1 Omzetontwikkeling

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van de omzet beschreven. Tabel 7 toont de omzet per type bevalling per bevallingsjaar en Tabel 9 per type zorg per declaratiejaar.

*Bevallingen*
In Tabel 7 staat per type bevalling de omzetontwikkeling per bevallingsjaar. In de tabel gaat het alleen om de kosten van een volledig bevallingstraject. De kosten van zwangerschappen die niet tot een bevalling hebben geleid, bijvoorbeeld door een miskraam of abortus, vallen hier dus niet onder. Alle kosten van de bevalling zijn hier meegerekend in het jaar van de bevalling.

**Tabel 7. Omzet* en aandeel per type bevalling en per bevallingsjaar (in miljoenen euro's)**

| Type bevalling | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Eerstelijns thuisbevalling | 147,7 | 15,0% | 144,0 | 14,2% | 148,7 | 14,0% | 143,6 | 13,8% |
| Eerstelijns poliklinische bevalling | 57,8 | 5,9% | 63,8 | 6,3% | 57,2 | 5,3% | 55,4 | 5,3% |
| Tweedelijns bevalling | 778,3 | 79,1% | 808,2 | 79,5% | 860,2 | 80,7% | 843,2 | 80,9% |
| **Totaal** | **983,8** | **100,0%** | **1016,0** | **100,0%** | **1066,1** | **100,0%** | **1042,2** | **100,0%** |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis
* De omzet van zorg in het ziekenhuis is vanaf 2012 gebaseerd op gedeclareerde bedragen die niet zijn gecorrigeerd voor budget- en plafondafspraken.

**Tabel 8. Procentuele groei van de omzet* per type bevalling en per bevallingsjaar**

| Type bevalling | 2010 -2011 | 2011 -2012 | 2012 -2013 | 2010 -2013 |
|---|---|---|---|---|
| Eerstelijns thuisbevalling | -2,5% | 3,3% | -3,5% | **-2,8%** |
| Eerstelijns poliklinische bevalling | 10,4% | -10,3% | -3,2% | **-4,1%** |
| Tweedelijns bevalling | 3,9% | 6,4% | -2,0% | **8,3%** |
| **Totaal** | 3,3% | 4,9% | -2,2% | 5,9% |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis
* De omzet van zorg in het ziekenhuis is vanaf 2012 gebaseerd op gedeclareerde bedragen die niet zijn gecorrigeerd voor budget- en plafondafspraken.

De omzet voor tweedelijnsbevallingen stijgt over de jaren 2010-2013 in totaal met 8,3%. De omzet voor thuisbevallingen en poliklinische bevallingen daalt over dezelfde jaren, respectievelijk met 2,8% en 4,1%.

*Type zorg*
In Tabel 9 staat per type zorg de omzetontwikkeling per declaratiejaar. In tegenstelling tot Tabel 7gaat het in Tabel 9 om alle zwangerschappen, niet alleen om zwangerschappen die tot een bevalling hebben geleid. In Tabel 9 gaat het dus ook om vrouwen zonder volledig bevallingstraject. Doordat de kosten zijn gepresenteerd voor alle zwangerschappen én doordat kosten voor dezelfde zwangerschap in twee verschillende

[14] Sinds de invoering van de DOT in 2012 maken zorgverzekeraars veel budget en plafondafspraken met zorgaanbieders.

declaratiejaren kunnen vallen, zijn de totale kosten in Tabel 9 anders dan in Tabel 7.

### Tabel 9. Omzet* en aandeel per type zorg en per declaratiejaar (in miljoenen euro's)

| Type zorg | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Eerstelijns verloskundige zorg | 171,8 | 16,2% | 182,7 | 17,1% | 195,8 | 17,4% | 195,7 | 17,9% |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 26,4 | 2,5% | 31,2 | 2,9% | 35,2 | 3,2% | 34,4 | 3,2% |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 5,6 | 0,5% | 5,7 | 0,5% | 3,9 | 0,3% | 3,8 | 0,3% |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 579,3 | 54,7% | 573,3 | 53,5% | 608,3 | 54,0% | 582,8 | 53,2% |
| Kraamzorg | 276,4 | 26,1% | 277,9 | 26,0% | 282,7 | 25,1% | 278,7 | 25,4% |
| **Totaal** | **1.059,5** | **100,0%** | **1.070,8** | **100,0%** | **1.125,9** | **100,0%** | **1.095,4** | **100,0%** |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis
* De omzet van zorg in het ziekenhuis is vanaf 2012 gebaseerd op gedeclareerde bedragen die niet zijn gecorrigeerd voor budget- en plafondafspraken.

### Tabel 10. Procentuele groei van de omzet* per type zorg en per declaratiejaar

| Type zorg | 2010 -2011 | 2011 -2012 | 2012 -2013 | 2010 -2013 |
|---|---|---|---|---|
| Eerstelijns verloskundige zorg | 6,3% | 7,2% | -0,1% | **13,9%** |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 18,2% | 12,8% | -2,3% | **30,3%** |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 1,8% | -31,6% | -2,6% | **-32,1%** |
| Tweedelijns verloskundige zorg | -1,0% | 6,1% | -4,2% | **0,6%** |
| Kraamzorg | 0,5% | 1,7% | -1,4% | **0,8%** |
| **Totaal** | **1,1%** | **5,1%** | **-2,7%** | **3,4%** |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis
* De omzet van zorg in het ziekenhuis is vanaf 2012 gebaseerd op gedeclareerde bedragen die niet zijn gecorrigeerd voor budget- en plafondafspraken.

Uit Tabel 9 blijkt dat de totale kosten voor geboortezorg zijn toegenomen van € 1.060 miljoen in 2010 tot € 1.126 miljoen in 2012 en vervolgens zijn gedaald naar € 1.095 miljoen in 2013. Voor alle typen zorg is er over de jaren 2010-2012 een stijging in de omzet en een daling in 2013, behalve voor eerstelijns poliklinische zorg.

Voor de eerstelijns poliklinische zorg zien we in Tabel 10 in 2012 een daling van ruim 30%, van 5,7 miljoen in 2011 naar 3,9 miljoen in 2012. Een mogelijke verklaring voor deze sterke daling van de omzet is dat een gedeelte van de poliklinische bevallingen vanaf 2012 als verplaatste thuisbevallingen (in een geboortecentrum) zijn gedeclareerd. Deze zijn sinds 2012 namelijk onder de module 'geboortecentrum' gedeclareerd. De kosten die met deze module zijn gedeclareerd, zijn niet apart te onderscheiden in de beschikbare data. Deze verandering kan ook een gedeelte van de incidentele stijging in 2012 (3,3%) verklaren bij de eerstelijns thuisbevallingen (Tabel 8), omdat de verplaatste thuisbevalling dan niet als poliklinische bevalling wordt gekenmerkt.

De grootste stijging over de periode 2010-2013 is met 30,3% voor de omzet van de verloskundige screening en diagnostiek. Een mogelijke verklaring is dat verloskundige screening en diagnostiek vooral in de jaren 2010-2012 vaker werd ingezet, ter verbetering van de risicobeoordeling en ter voorkoming van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn.

De stijging van de omzet in de jaren 2010-2012 van de eerstelijns verloskundige zorg, kan deels veroorzaakt zijn door een verhoging van de maximumtarieven. Door herijking van de tarieven zijn over de jaren 2010-2012 de tarieven voor een volledig bevallingstraject in totaal met 21% verhoogd.

## 4.2 Volumeontwikkeling

Tabel 11 toont per type bevalling het aantal en percentage vrouwen dat een bepaald type bevalling heeft gehad. Vrouwen van wie de zwangerschap niet tot een bevalling heeft geleid, bijvoorbeeld door een miskraam of abortus, vallen hier niet onder.

**Tabel 11. Aantal en aandeel bevallingen per type bevalling en per bevallingsjaar**

| Type bevalling | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Eerstelijns thuisbevalling | 39.519 | 22,2% | 35.838 | 20,6% | 34.959 | 20,4% | 34.151 | 20,5% |
| Eerstelijns poliklinische bevalling | 14.988 | 8,4% | 15.345 | 8,8% | 13.310 | 7,8% | 12.929 | 7,8% |
| Tweedelijns bevalling | 123.438 | 69,4% | 123.033 | 70,6% | 122.660 | 71,8% | 119.517 | 71,7% |
| **Totaal** | **177.945** | **100,0%** | **174.216** | **100,0%** | **170.929** | **100,0%** | **166.597** | **100,0%** |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis

Het aandeel tweedelijns bevallingen neemt langzaam over de jaren toe van ruim 69% van de bevallingen in 2010 naar bijna 72% van de bevallingen in 2013.

In Tabel 1 is het aantal levend geboren kinderen opgenomen, gebaseerd op informatie van het CBS. In Tabel 11 is daarentegen het aantal bevallingen gepresenteerd. Over alle jaren heen is het aantal bevallingen ongeveer 3% lager dan het aantal levend geboren kinderen. Dit verschil kan onder andere verklaard worden doordat een bevalling van een meerling, als één bevalling is gerekend.[15] Een andere mogelijke verklaring is dat voor zwangere vrouwen die zijn verhuisd tijdens de zwangerschap, geen volledig eerstelijnszorgtraject is gedeclareerd, waardoor deze bevallingen niet zijn te traceren in de data.

Tabel 12 toont voor de jaren 2010-2013 de verandering in het aantal bevallingen ten opzichte van het jaar ervoor.

**Tabel 12. Procentuele groei van het aantal bevallingen per type bevalling en per bevallingsjaar**

| Type bevalling | 2010 -2011 | 2011 -2012 | 2012 -2013 | 2010 -2013 |
|---|---|---|---|---|
| Eerstelijns thuisbevalling | -9,3% | -2,5% | -2,3% | **-13,6%** |
| Eerstelijns poliklinische bevalling | 2,4% | -13,3% | -2,9% | **-13,7%** |
| Tweedelijns bevalling | -0,3% | -0,3% | -2,6% | **-3,2%** |
| **Totaal** | **-2,1%** | **-1,9%** | **-2,5%** | **-6,4%** |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis

Het aantal thuisbevallingen, poliklinische bevallingen en tweedelijns bevallingen daalt over de jaren 2010-2013, respectievelijk met 13,6%, 13,7% en 3,2%. Het aantal poliklinische bevallingen stijgt in 2011 met

[15] 1.7% van de bevallingen is een meerling (Bron: CBS).)

2,4%, maar daalt in 2012 weer met 13,3%. Zoals eerder vermeld, is een mogelijke verklaring voor deze sterke daling in 2012, dat een gedeelte van de bevallingen in 2012 als verplaatste thuisbevallingen in geboortecentra zijn gedeclareerd.

Over de jaren was er een sterke daling van het aantal bevallingen (Tabel 11) en tegelijkertijd een stijging van de omzet (Tabel 7). Dit duidt erop dat de kosten per bevalling zijn gestegen over de jaren 2010-2013.

Ongeacht het type bevalling (eerstelijns thuisbevalling, eerstelijns poliklinisch bevalling of tweedelijns bevalling) kan gebruik zijn gemaakt van alle typen zorg. Alleen bij een eerstelijns thuisbevalling is het niet mogelijk om eerstelijns poliklinische zorg te hebben ontvangen, omdat deze zorg specifiek gaat om zorg met betrekking tot een poliklinische bevalling. In Tabel 13 staat per type bevalling hoeveel procent van de vrouwen gebruik heeft gemaakt van de verschillende typen zorg.

**Tabel 13. Percentage vrouwen dat gebruik heeft gemaakt van de verschillende typen zorg, per type bevalling per bevallingsjaar.**

| Type zorg | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| *Eerstelijns thuisbevalling* | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 27% | 26% | 33% | 35% |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 51% | 52% | 53% | 53% |
| Kraamzorg | 99% | 99% | 99% | 98% |
| *Eerstelijns poliklinische bevalling* | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 33% | 32% | 39% | 39% |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 61% | 61% | 62% | 59% |
| Kraamzorg | 99% | 99% | 99% | 99% |
| *Tweedelijns bevalling* | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 95% | 97% | 98% | 98% |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 44% | 44% | 50% | 51% |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Kraamzorg | 97% | 98% | 98% | 98% |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis

Zwangere vrouwen die in de eerste lijn bevallen hebben vaak tweedelijns zorg ontvangen. Bij een thuisbevalling ligt dit percentage ronde 50% van de zwangere vrouwen en bij een poliklinische bevalling rond de 60%. Dit kunnen bijvoorbeeld gevallen zijn die in eerste instantie zijn overgedragen naar de tweede lijn, maar waarbij na vervolgonderzoek blijkt dat er toch geen complicaties zijn. Hierdoor zijn de zwangere vrouwen weer teruggekomen in de eerste lijn. Ook kunnen het gevallen zijn waar de zwangere vrouwen alleen ter consultatie gebruik hebben gemaakt van de tweedelijns zorg.

Uit de resultaten blijkt dat 95%-98% van de zwangere vrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen, gebruik heeft gemaakt van eerstelijns zorg. Deze hoge percentages kunnen worden verklaard doordat in elk stadium

van de zwangerschap altijd eerst wordt getracht om de zorg in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Het kunnen gevallen zijn waar er gedurende de zwangerschap een overdracht is geweest van de eerste naar de tweede lijn, maar ook gevallen waar de hele zwangerschap in de tweede lijn heeft plaatsgevonden en alleen de nazorg in de eerste lijn.

Het percentage vrouwen dat gebruik heeft gemaakt van kraamzorg is 98%-99% voor eerstelijns bevallingen en 97%-98% voor tweedelijns bevallingen. Deze hoge percentages zijn vergelijkbaar met de cijfers die zijn gepubliceerd door het CBS[16]. In de publicatie van het CBS wordt aangegeven dat in de periode 1999-2011 99% van de vrouwen die een thuisbevalling hebben gehad, kraamzorg heeft gebruikt na de bevalling en dat dit voor ziekenhuisbevallingen 94% was. Een verschil tussen deze cijfers en die in Tabel 13 is dat in Tabel 13 het percentage vrouwen is opgenomen dat voor of na de bevalling kraamzorg heeft gehad, terwijl het CBS alleen het percentage vrouwen laat zien dat na de bevalling kraamzorg heeft ontvangen.

Het komt regelmatig voor dat zwangere vrouwen tijdens de bevalling worden overgedragen van de eerste lijn naar de tweede lijn. De tarieven voor zowel eerstelijns verloskundige zorg als tweedelijns verloskundige zorg, zijn gebaseerd op gemiddelden, waarbij rekening is gehouden met dergelijke overdrachten. Hierdoor mag in deze gevallen zowel in de eerste als de tweede lijn een "volledige bevalling" gedeclareerd worden. In Tabel 14is aangegeven voor hoeveel procent van de vrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen ook een volledige bevalling is gedeclareerd in de eerste lijn.

**Tabel 14. Percentage vrouwen met een tweedelijns bevalling die zowel voor de eerste als tweede lijn een volledige bevalling is gedeclareerd.**

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| Declaraties voor zowel eerste als tweedelijns bevalling | 39,1% | 38,5% | 37,9% | 38,4% |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis

De resultaten laten zien dat ongeveer 38%-39% van de vrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen, de volledige bevalling ook is gedeclareerd in de eerste lijn.

## 4.3 Kostenontwikkeling

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van de kosten beschreven. Het gaat dan om het bedrag dat door de verzekeraar aan de zorgaanbieder is betaald voor de geleverde zorg. In Tabel 15 staat per type bevalling de gemiddelde kosten per (type) bevalling en in Tabel 16 de procentuele groei. Hierbij is specifiek aangegeven bij welk type zorg de onderliggende kosten horen. Iemand die bijvoorbeeld in 2011 is bevallen in de eerste lijn heeft gemiddeld € 1.320 aan kosten gemaakt voor eerstelijns verloskundige zorg, € 81 voor verloskundige screening en diagnostiek, € 686 voor tweedelijns verloskundige zorg en € 1.931 voor kraamzorg. Bij eerstelijns poliklinische zorg en kraamzorg kan er sprake zijn van een eigen betaling of wettelijke eigen bijdrage. De gepresenteerde bedragen zijn exclusief deze eigen betalingen en wettelijke eigen bijdragen.

[16] http://www.cbs.nl

### Tabel 15. Gemiddelde kosten* en aandeel per (type) bevalling en per bevallingsjaar, uitgesplitst naar type zorg (in euro's)

| Type zorg | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Eerstelijns thuisbevalling* | | | | | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 1.118 | 29,9% | 1.320 | 32,9% | 1.456 | 34,2% | 1.481 | 35,2% |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 79 | 2,1% | 81 | 2,0% | 113 | 2,7% | 119 | 2,8% |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 657 | 17,6% | 686 | 17,1% | 682 | 16,0% | 654 | 15,6% |
| Kraamzorg | 1.884 | 50,4% | 1.931 | 48,0% | 2.004 | 47,1% | 1.949 | 46,4% |
| **Totale kosten eerstelijns thuisbevalling** | **3.738** | **100,0%** | **4.018** | **100,0%** | **4.255** | **100,0%** | **4.203** | **100,0%** |
| *Eerstelijns poliklinische bevalling* | | | | | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 1.096 | 28,4% | 1.293 | 31,1% | 1.413 | 32,9% | 1.431 | 33,4% |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 93 | 2,4% | 99 | 2,4% | 130 | 3,0% | 137 | 3,2% |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 357 | 9,3% | 363 | 8,7% | 279 | 6,5% | 283 | 6,6% |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 686 | 17,8% | 707 | 17,0% | 726 | 16,9% | 642 | 15,0% |
| Kraamzorg | 1.621 | 42,1% | 1.694 | 40,8% | 1.750 | 40,7% | 1.789 | 41,8% |
| **Totale kosten eerstelijns poliklinische bevalling** | **3.853** | **100,0%** | **4.156** | **100,0%** | **4.298** | **100,0%** | **4.282** | **100,0%** |
| *Tweedelijns bevalling* | | | | | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 738 | 11,7% | 897 | 13,7% | 985 | 14,0% | 1.016 | 14,4% |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 170 | 2,7% | 182 | 2,8% | 215 | 3,1% | 230 | 3,3% |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 1 | 0,0% | 1 | 0,0% | 1 | 0,0% | 1 | 0,0% |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 4.030 | 63,9% | 4.051 | 61,7% | 4.311 | 61,5% | 4.300 | 60,9% |
| Kraamzorg | 1.365 | 21,7% | 1.439 | 21,9% | 1.501 | 21,4% | 1.508 | 21,4% |
| **Totale kosten tweedelijns bevalling** | **6.304** | **100,0%** | **6.570** | **100,0%** | **7.013** | **100,0%** | **7.055** | **100,0%** |
| **Totale gemiddelde kosten per bevalling** | **5.528** | | **5.832** | | **6.237** | | **6.256** | |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis

* De kosten van zorg in het ziekenhuis zijn vanaf 2012 gebaseerd op gedeclareerde bedragen die niet zijn gecorrigeerd voor budget- en plafondafspraken.

### Tabel 16. Procentuele groei van de gemiddelde kosten* per (type) bevalling en per bevallingsjaar, uitgesplitst naar type zorg

| Type zorg | 2010 -2011 | 2011 -2012 | 2012 -2013 | 2010 -2013 |
|---|---|---|---|---|
| *Eerstelijns thuisbevalling* | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 18,1% | 10,3% | 1,7% | **32,5%** |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 2,5% | 39,5% | 5,3% | **50,6%** |
| Eerstelijns poliklinische zorg | | | | |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 4,4% | -0,6% | -4,1% | **-0,5%** |
| Kraamzorg | 2,5% | 3,8% | -2,7% | **3,5%** |
| **Totale kosten eerstelijns thuisbevalling** | **7,5%** | **5,9%** | **-1,2%** | **12,4%** |
| *Eerstelijns poliklinische bevalling* | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 18,0% | 9,3% | 1,3% | **30,6%** |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 6,5% | 31,3% | 5,4% | **47,3%** |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 1,7% | -23,1% | 1,4% | **-20,7%** |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 3,1% | 2,7% | -11,6% | **-6,4%** |
| Kraamzorg | 4,5% | 3,3% | 2,2% | **10,4%** |
| **Totale kosten eerstelijns poliklinische bevalling** | **7,9%** | **3,4%** | **-0,4%** | **11,1%** |
| *Tweedelijns bevalling* | | | | |
| Eerstelijns verloskundige zorg | 21,5% | 9,8% | 3,1% | **37,7%** |
| Verloskundige screening en diagnostiek | 7,1% | 18,1% | 7,0% | **35,3%** |
| Eerstelijns poliklinische zorg | 0,0% | 0,0% | 0,0% | **0,0%** |
| Tweedelijns verloskundige zorg | 0,5% | 6,4% | -0,3% | **6,7%** |
| Kraamzorg | 5,4% | 4,2% | 0,5% | **10,5%** |
| **Totale kosten tweedelijns bevalling** | **4,2%** | **6,7%** | **0,6%** | **11,9%** |
| **Totale gemiddelde kosten per bevalling**** | **5.5%** | **6.9%** | **0.3%** | **13.2%** |

Bron: NZa, gebaseerd op Vektis
* De kosten van zorg in het ziekenhuis zijn vanaf 2012 gebaseerd op gedeclareerde bedragen die niet zijn gecorrigeerd voor budget- en plafondafspraken.
** Er zijn zowel veranderingen in het aantal bevallingen als het omzet per jaar waardoor de groei van de totale gemiddelde kosten per bevalling niet gelijk hoeft te zijn aan de gemiddelde groei over de typen bevallingen.

De gemiddelde totale kosten per bevalling zijn toegenomen van € 5.528 in 2010 tot € 6.256 in 2013. De stijging van de eerstelijns verloskundige zorgkosten in de periode 2010-2013 voor alle drie de typen bevallingen (30,6%-37,7%), kan deels veroorzaakt zijn door een verhoging van de maximumtarieven. Door herijking van de tarieven zijn over de jaren 2010-2012 de tarieven voor een volledig bevallingstraject in totaal met 21% verhoogd. De tariefonderbouwing staat beschreven in de tariefbeschikking van de NZa.[17]

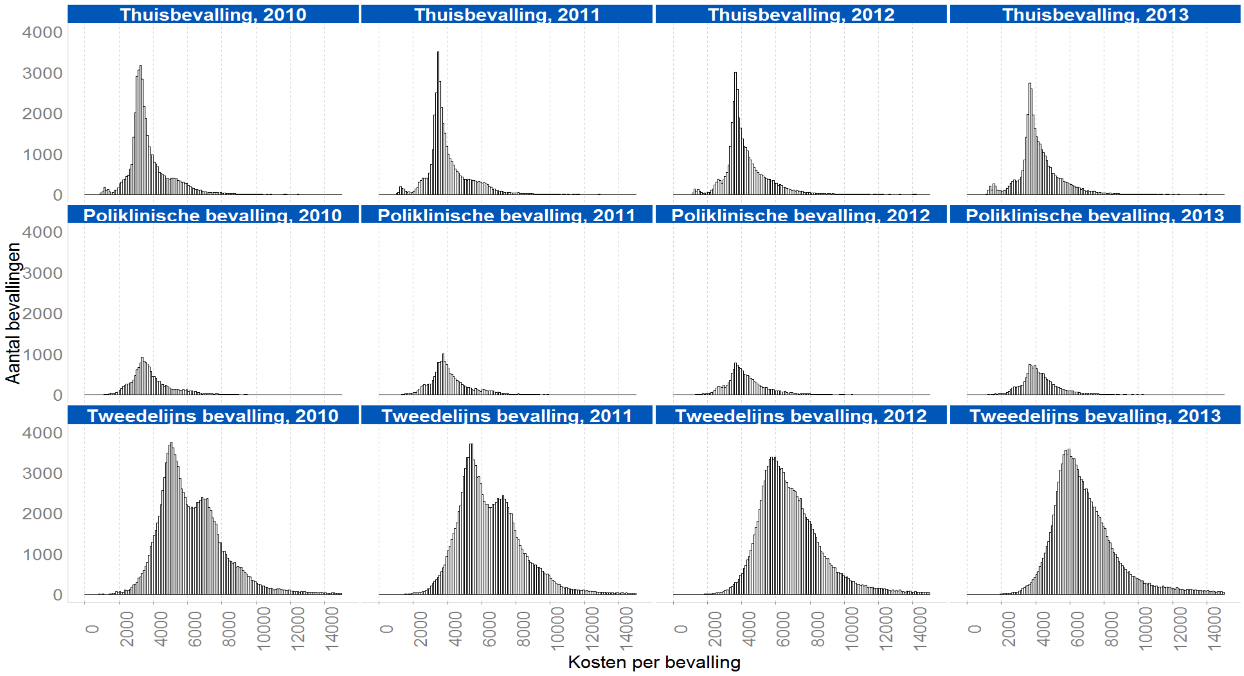
Een bevalling in de tweede lijn kostte veruit het meest: van € 6.304 in 2010 tot € 7.055 in 2013. Dat is ongeveer tweederde meer dan de kosten voor een thuisbevalling of een poliklinische bevalling. De kosten voor een poliklinische bevalling lagen op dezelfde lijn als die voor een thuisbevalling, al waren ze over alle drie de jaren net iets hoger.

[17] http://www.nza.nl/regelgeving/tarieven/

De gemiddelde kosten voor kraamzorg zijn het laagst bij de tweedelijns bevalling. Dit is te verklaren doordat een gedeelte van de nazorg in het ziekenhuis plaatsvindt, als tweedelijns zorg. De gemiddelde kosten voor kraamzorg bij een poliklinische bevalling zijn lager dan die bij een thuisbevalling. Dit is te verklaren doordat de kraamverzorger bij een thuisbevalling altijd helpt bij de bevalling, terwijl bij een poliklinische bevalling de assistentie bij de bevalling ook door een verpleegkundige kan zijn verleend. In dit laatste geval zijn de kosten als eerstelijns poliklinische zorg gedeclareerd.

Figuur 5 laat de spreiding zien van de totale kosten per bevalling. De spreiding is per type bevalling en jaar geïllustreerd. Voor de tweedelijns bevalling is de spreiding groter dan voor de thuisbevalling en de poliklinische bevalling. Dit komt doordat in de tweede lijn veel meer zorgtrajecten mogelijk zijn. Een bevalling kan bijvoorbeeld normaal verlopen, maar er kunnen ook complicaties zijn waardoor de zorg duurder kan worden.

**Figuur 5. Spreiding van de totale kosten per bevalling**




Bron: NZa, gebaseerd op Vektis

# Bijlage 1: Begrippenlijst

*Bevallingslocatie*
Een bevalling kan in Nederland op drie verschillende locaties plaatsvinden: thuis, in de polikliniek of in het ziekenhuis.

- *Eerstelijns thuisbevalling*
  Dit is een bevalling met een laag risico die thuis plaatsvindt. De verantwoordelijke voor de bevalling is de eerstelijns verloskundige of de verloskundige huisarts.

- *Eerstelijns poliklinisch bevalling*
  Dit is een bevalling met een laag risico die in het ziekenhuis of het geboortecentrum plaatsvindt. De verantwoordelijke voor de bevalling is de eerstelijns verloskundige of de verloskundige huisarts.

- *Tweedelijns bevalling*
  Dit is een bevalling met een verhoogd risico waar een medische indicatie voor is om in het ziekenhuis plaats te vinden. De verantwoordelijke voor de bevalling is de gynaecoloog. Een bevalling die in de eerste lijn begint en in de tweede lijn eindigt is een tweedelijns bevalling.

*Geboortezorg*
De zorg rondom zwangerschap en geboorte, die begint als de vrouw zich wendt tot een verloskundige, huisarts of gynaecoloog en eindigt zes weken na de geboorte, wordt ook wel geboortezorg genoemd. Dit betreft zowel de eerstelijns verloskundige zorg als de medisch specialistische zorg in de tweede lijn. Ook de kraamzorg maakt onderdeel uit van de geboortezorg.

- *Eerstelijns verloskundige zorg*
  De begeleiding en controle van vrouwen tijdens de zwangerschap (prenataal), bevalling (nataal) en kraambed (postnataal) bij bevallingen met een laag risico, zonder medische indicatie. De zorg wordt geleverd door een eerstelijns verloskundige of een verloskundige huisarts. Verloskundige screening en diagnostiek (een echo en/of een prenatale screening) wordt uitgevoerd in het ziekenhuis. Een eerstelijns bevalling kan thuis plaatsvinden, maar ook het ziekenhuis of het geboortecentrum. In dat laatste geval wordt gebruikt gemaakt van de daar beschikbare huisvesting, inventaris en materialen welke als eerstelijns poliklinische zorg wordt geduid.

- *Tweedelijns (medisch specialistische) verloskundige zorg*
  De begeleiding en controle van vrouwen tijdens de zwangerschap (prenataal), bevalling (nataal) en kraambed (postnataal) waarvan de moeder of het kind een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap en/of bevalling heeft. De zorg wordt geleverd door een gynaecoloog of een klinisch verloskundige.

- *Kraamzorg*
  Assistentie van de eerstelijns verloskundige tijdens de bevalling en de zorg voor moeder en kind direct na de bevalling en gedurende de kraamtijd. De kraamverzorgende begeleidt de moeder en zorgt voor moeder en kind, geeft voorlichting, beantwoordt vragen en signaleert eventuele problemen.

*Geboortezorgorganisatie*
Een juridische entiteit waarin de verschillende aanbieders van geboortezorg of de individuele zorgverleners zich hebben verenigd. Deze organisatie treedt op als contractpartij richting de zorgverzekeraar. In hoofdlijnen zijn vier modellen onderkend:
- Een zorgonderneming waarbij alle zorgverleners in loondienst treden ('Zorgverleners in loondienst');
- Een zorgonderneming die als hoofdcontractant optreedt richting verzekeraar en waarbij de bestaande aanbieders van geboortezorg optreden als onderaannemer ('Samenwerkende organisaties');
- Een gemeenschappelijke zorgonderneming waarvan alle zorgverleners mede-eigenaar zijn ('Participatie in de gemeenschappelijke onderneming');
- Een mengvorm van bovenstaande modellen.

*Grouper*
De grouper is een centrale landelijke computer die vanuit het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) via internet te benaderen is. Deze computer leidt zorgprestaties af uit de informatie die de zorgaanbieder invoert en stuurt deze direct terug naar de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan de zorgprestaties vervolgens declareren bij de verzekeraar.[18]

*Integrale bekostiging van geboortezorg*
Het integraal bekostigen van geboortezorg betekent dat een aanbieder of groep van roep van aanbieders met het gehele zorgtraject van een zwangerschap en geboorte door middel van één in integraal tarief overeenkomt met de verzekeraar.

*Integrale geboortezorg*
Onder het integraal organiseren van geboortezorg wordt verstaan dat de organisatie van de geboortezorg door de verschillende professionals in de keten dusdanig is vormgeven dat wordt voldaan aan de normen die in het stuurgroep rapport 'een goed begin' is voldaan. Er moet o.a. sprake zijn van een naadloze samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals.

*Perinatale Audit*
Een perinatale audit is een kritische en gestructureerde analyse over de verleende zorg door de betrokken zorgverleners. Perinatale audits zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren en daarmee een bijdrage te leveren aan een vermindering van de perinatale sterfte en morbiditeit.[19]

*Perinatale morbiditeit*
Perinatale morbiditeit (ook wel perinatale ziekte) is een ongunstige perinatale uitkomst waarbij geen sprake is van perinatale sterfte, maar er wel nauw mee samenhangt. Het gaat dan bijvoorbeeld om vroeggeboorte (prematuriteit), een te laag geboortegewicht (dysmaturiteit), aangeboren afwijkingen en een slechte start bij de geboorte (perinatale asfyxie).[20]

[18] NZa, werkenmetdbcs.nza.nl.
[19] PAN, www.perinataleaudit.nl.
[20] PAN, www.perinataleaudit.nl.

*Perinatale sterfte*
Perinatale sterfte wordt gedefinieerd als doodgeboorte (foetale sterfte) plus sterfte van levendgeborenen in de eerste levensweek (vroeg neonatale sterfte). Doodgeboorte wordt daarbij verschillend gedefinieerd, namelijk als doodgeboorte na 22, 24 of 28 weken zwangerschapsduur. Welke definitie gebruikt wordt, is afhankelijk van de beschikbaarheid van de gegevens.[21] In deze quickscan is zowel de doodgeboorte na 24 weken als die na 28 weken opgenomen.

*Verloskundig samenwerkingsverband (VSV)*
Plaatselijke samenwerkingsverbanden waarin verloskundigen, gynaecologen en eventueel verloskundig actieve huisartsen bij elkaar komen om afspraken te maken over bijvoorbeeld de overdracht van cliënten of het vertalen van richtlijnen naar de lokale situatie. Soms nemen ook kinderartsen en kraamzorgaanbieders deel aan het overleg.

De taken van een VSV zijn drieledig:
- Afspraken maken over de kwaliteit van de zorg aan zwangere vrouwen, pasgeborenen en pas bevallen vrouwen;
- Afspraken maken over de organisatie van de plaatselijke zorgketen, met duidelijke afspraken over wie wanneer verantwoordelijk is voor de zorg;
- Casuïstiekbespreking.[22]

*Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (IG)*
Het CPZ heeft zich als opdracht gesteld te komen tot een integraal kwaliteitskader bestaande uit een Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en multidisciplinaire richtlijnen. Het doel van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is het beschrijven van wat onder goede geboortezorg wordt verstaan.[23] Deze zorgstandaard moet leiden tot kwalitatief betere geboortezorg ten opzichte van het gebruik van verschillende kwaliteitssystemen die elke beroepsgroep afzonderlijk hanteerde en onvoldoende op elkaar waren afgestemd.

## Organisaties

*ActiZ*
ActiZ is een organisatie van zorgondernemers die als branchevereniging haar leden faciliteert om een gezonde onderneming te kunnen exploiteren die hoogwaardige zorg en ondersteuning biedt. ActiZ is vooral actief op de zorgterreinen: ouderen, chronisch zieken, kraam en jeugdgezondheid en heeft ruim 440 leden.[24]

*BTN*
BTN is een vereniging die zich sterk maakt voor cliëntkeuze en het zoveel mogelijk in eigen regie van de cliënt leveren van zorg. Dit gebeurt in de verschillende secties van BTN; sectie kraamzorg, sectie zorg thuis en sectie welzijn.[25]

---
[21] RIVM, www.nationaalkompas.nl.
[22] CPZ, www.goedgeboren.nl.
[23] CPZ, www.goedgeboren.nl.
[24] ActiZ, www.actiz.nl.
[25] BTN, www.branchebelang-thuiszorg.nl.

*College Perinatale Zorg (CPZ)*
In dit college werken verschillende veldpartijen in het geboortezorgveld samen. Het CPZ is op 1 september 2011 van start gegaan met de opdracht om de babysterfte in Nederland te verminderen. Het CPZ doet dit door openbare kennisuitwisseling op alle niveaus te stimuleren en waar nodig te faciliteren en organiseren. Regionaal samenwerking wordt ondersteund, best practices opgespoord en informatie over deze best practices wordt verspreidt en beschikbaar gemaakt.[26]

*Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*
De IGZ bevordert de volksgezondheid door handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. Het toezichtveld van de IGZ bestaat uit ongeveer 40.000 instellingen en bedrijven.[27]

*Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)*
De KNOV is een beroepsorganisatie van en voor verloskundigen. De KNOV ondersteunt en verbindt verloskundigen en behartigt hun belangen.[28]

*Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden (NBvK)*
De NBvK is de enige beroepsvereniging voor en door zorgprofessionals in de kraamzorg. De NBvK vertegenwoordigt met meer dan 2.700 leden 30 procent van de beroepsgroep.

*Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)*
Het NIVEL onderzoekt de effectiviteit en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland en de (relaties tussen) de verschillende partijen in de zorg: zorgaanbieders, zorggebruikers, zorgverzekeraars en de overheid. Het NIVEL onderzoekt ook de Europese gezondheidszorg. Het NIVEL streeft naar daadwerkelijk gebruik van de resultaten van zijn gezondheidszorg-onderzoek door ze breed te verspreiden. Alle rapporten van het NIVEL zijn openbaar.[29]

*Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)*
De NVOG is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor gynaecologen. In deze hoedanigheid wil zij de kwaliteit bewaken van de vrouwengezondheidszorg in het algemeen en de gynaecologische, obstetrische en voortplantingsgeneeskundige (sub)specialismen in het bijzonder. Als belangenbehartiger stimuleert en ondersteunt zij de maatschappelijke positie van deze specialismen en hun beroepsbeoefenaren.[30]

*NPCF*
Patiëntenfederatie NPCF vertegenwoordigt ruim 160 patiënten- en consumentenorganisaties en komt op voor alle mensen die zorg nodig hebben.[31]

*Perinatale Audit Nederland (PAN)*
De stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) ondersteunt zorgverleners bij de voorbereiding en uitvoering van een perinatale audit.[32]

---

[26] CPZ, www.collegepz.nl.
[27] IGZ, www.igz.nl.
[28] KNOV, www.knov.nl.
[29] NIVEL, www.nivel.nl.
[30] NVOG, www.nvog.nl.
[31] NPCF, www.npcf.nl.
[32] PAN, www.perinataleaudit.nl.

*Perinatale Registratie Nederland (PRN)*
De Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) is een samenwerking van vier beroepsorganisaties in Nederland die zich bezighouden met de perinatale zorg: de zorg rondom geboorte. Deze organisaties zijn: de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) waaronder ook de verloskundig actieve huisartsen, de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) en de NvK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde).[33]

*Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)*
Het RIVM verricht onderzoek, adviseert en ondersteunt de overheid bij de uitdaging om gezond te blijven. Dit doet zij onder andere door het bestrijden van infectieziekten, het bewaken van de veiligheid van consumenten en het bevorderen van een gezonde leefomgeving.[34]

*STBN*
STBN is een advies- en projectorganisatie die ketenpartners helpt bij een gezonde organisatie van de geboortezorg in Nederland.[35]

*Vektis*
Vektis verzamelt en analyseert gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Daarnaast levert zij informatie over gedeclareerde zorg.[36]

*Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*
ZN behartigt de belangen van alle zorgverzekeraars. De vereniging heeft als doel om de zorgverzekeraars te ondersteunen bij hun missie: het realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven.[37]

---

[33] PRN, www.perinatreg.nl.
[34] RIVM, www.rivm.nl.
[35] STBN, www.stbn.nl.
[36] Vektis, www.vektis.nl.
[37] ZN, www.zn.nl.

# Bijlage 2: Bronnen en methoden

### Omschrijving van de markt

*Aantal ziekenhuizen met Tweedelijns verloskundige zorg*
- Bronnen en gebruikte data: Gedeclareerde verloskundige DBC's over de jaren 2010-2013, geleverd door Vektis.
- Methode: Het aantal ziekenhuizen met tweedelijns verloskundige zorg is bepaald door het aantal unieke AGB-codes met ten minste één DBC met specialisme code 307 (gynaecologie) en diagnose code 0V51 (bevallingen). Het betreft hier dus een weergave op basis van declaratiedata en niet op basis van fysieke locaties.

*Kaarten reistijden per specialisme 2009-2014*
- Bronnen en gebruikte data: Voor het berekenen van reisafstanden binnen Nederland is de GeoDan Drivetime Matrix 2012 gebruikt en VSV data bestand.
- Methode: Voor het maken van de kaarten zijn de volgende analyses uitgevoerd: Per (4-positie) postcode gebied is de reistijd bepaald tot de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die verloskunde bij bevallingen aanbiedt.

*Overzichten "levendgeborenen en perinatale sterfte"*
- Overzichten zijn onttrokken aan CBS-gegevens (statline). De overzichten sluiten niet direct aan op de overzichten van gedeclareerde trajecten geboortezorg zoals deze in hoofdstuk 4 zijn opgenomen. Dit wordt onder meer veroorzaakt omdat de declaratiedata niet corrigeren voor meerlingen en ook voortijdig afgebroken zwangerschappen (spontaan, geïndiceerd, verkozen) mogelijk anders in de CBS-data zijn gepresenteerd dan uit de declaratiedata kunnen blijken. De CBS-data zijn hier dan ook vooral gepresenteerd om een trend weer te geven in de ontwikkeling van het aantal geboorten. Een directe koppeling met de declaratiedata hoeft hier niet uit voort te komen.

### Samenwerking organiseren

*Integrale organisatie en Organisatiemodellen voor samenwerking*
Gegevens over de organisatiemodellen voor samenwerking zijn gebaseerd op de in de publicatie genoemde bronnen.

*Sturing op samenwerking door zorgverzekeraars*
Gegevens van zorgverzekeraars zijn verkregen middels een enquête onder alle zorgverzekeraars in februari 2015. Openbare gepubliceerde informatie over gegevens met betrekking over het inkoopbeleid zijn verkregen van de website van verzekeraars indien beschikbaar (anders is dit aangegeven).

*Randvoorwaarden voor integrale bekostiging geboortezorg*
Knelpunten zijn geïdentificeerd op basis van vier gesprekken met (regionale) veldpartijen en op basis signalen die de NZa eerder van brancheverenigingen heeft ontvangen.

**Bronnen (Betaalbaarheid)**

*Eerstelijns verloskundige zorg en verloskundige zorg door huisartsen*

- Bronnen: Gedeclareerde eerstelijns verloskundige zorg en verloskundige zorg door huisartsen data geleverd door Vektis.
- Gebruikte data: Kosten per patiënt en per sluitjaar over de jaren 2010-2013. De data bevat de gedeclareerde kosten van verzekerde zorg binnen het basispakket, inclusief het eigen risico, exclusief de wettelijke eigen bijdragen en exclusief aanvullend verzekerde kosten.

*Poliklinische bevallingen en overige verloskundige zorg OZP's*

- Bronnen: Medische specialistische zorg data geleverd door Vektis.
- Gebruikte data: Gedeclareerde verloskundige OZP's over de jaren 2009-2013. Als OZP-codes voor een poliklinische bevalling is genomen: 190036, 190037, 190039, 190043, 190044, 190045, 190046, 190047, 190048. Als OZP-codes voor overige verloskundige zorg is genomen: 37510, 37512, 37514, 37516, 37521, 37522, 37523, 39485, 88770, 191114, 191115, 191116, 191117, 191118 en 191119.
- Opmerking: De data bevat de gedeclareerde kosten van verzekerde zorg binnen het basispakket, inclusief het eigen risico, exclusief de wettelijke eigen bijdragen en exclusief aanvullend verzekerde kosten.

*Tweedelijns bevallingen en overige verloskundige zorg DBC's*

- Bronnen: Medische specialistische zorg data geleverd door Vektis.
- Gebruikte data: Gedeclareerde verloskundige DBC's over de jaren 2009-2013. Als verloskundige DBC's voor een bevalling zijn DBC's genomen met de diagnose-codes V51. Als overige verloskundige DBC's zijn DBC's genomen met de volgende diagnose-codes:
  - V11: Verloskundig adviesconsult (maximaal twee consulten)
  - V21: Abortus, EUG, hyperemesis gravidarum, Mola en andere pathologie behorend bij de eerste 16 weken graviditeit
  - V31: Prenatale diagnostiek counseling / preconceptioneel advies
  - V32: Prenatale diagnostiek invasief
  - V33: Prenatale diagnostiek geavanceerd ultrageluidonderzoek I
  - V34: Prenatale diagnostiek geavanceerd ultrageluidonderzoek II
  - V35: Intra-uteriene ingrepen
  - V41: Begeleiding graviditeit in tweede lijn
  - V42: Begeleiding graviditeit OHC-indicatie
  - V60: Complicaties na partus uit eerste lijn met nazorg en nacontrole
  - V61: Complicaties na partus uit 2e lijn met nazorg en nacontrole
  - V65: Postnatale depressie (PND)
- Opmerking: neonatologie is niet meegenomen in de analyses. De data bevat de gedeclareerde kosten van verzekerde zorg binnen het basispakket, inclusief het eigen risico, exclusief de wettelijke eigen bijdragen en exclusief aanvullend verzekerde kosten.

*Kraamzorg*

- Bronnen: Kraamzorg data geleverd door Vektis.
- Gebruikte data: Kosten per patiënt en per jaar over de jaren 2010-2013. De kosten vallen in het jaar waar de kraamzorg heeft plaatsgevonden.
- Opmerking: De data bevat de gedeclareerde kosten van verzekerde zorg binnen het basispakket, inclusief het eigen risico, exclusief de wettelijke eigen bijdragen en exclusief aanvullend verzekerde kosten.

**Methode(Betaalbaarheid)**

De omzetontwikkeling, volumeontwikkeling en kostenontwikkeling zijn gepresenteerd per declaratiejaar en per bevallingsjaar. Hieronder wordt eerst een beschrijving gegeven van hoe de resultaten per declaratiejaar zijn berekend en vervolgens volgt de beschrijving van de methode die is gebruikt om de resultaten per bevallingsjaar te berekenen. In de analyse zijn er aannames gemaakt om de bedragen per type bevalling (bevallingsjaar) te berekenen, waardoor deze resultaten niet de exacte kosten zijn maar een schatting hiervan.
Voor de analyse zijn de declaraties geleverd door Vektis gebruikt. Mogelijk is de data nog niet 100% volledig ten gevolge van late verwerking van de declaraties door zorgverzekeraars. De verwerkte data is ter consultatie voorgelegd aan KNOV / NVOG / ActiZ om te toetsen of partijen zich in deze cijfers herkennen. De partijen stellen vaak voor om de cijfers met andere bronnen te vergelijken. De resultaten zijn vergeleken met andere bronnen. Door verschil in definitie aan de hand van gedeclareerde data en medische definitie kan het voorkomen dat de cijfers niet altijd overeen komen. Voor specifieke voorbeelden en uitleg hiervan zie de bijlage met de reactie naar de partijen.

*Analyse per declaratiejaar*

De resultaten per declaratiejaar zijn berekend door de omzet, het aantal patiënten en de kosten per patiënt per type zorg per jaar te bepalen.

*Analyse per bevallingsjaar*

In de analyse per bevallingsjaar is getracht om in kaart te brengen wat de totale kosten van een bevalling is. Daarbij is een onderscheidt gemaakt tussen trajecten waar de bevallingen thuis, poliklinisch of in de tweede lijn plaatsvinden. Om het aantal bevallingen en de kosten per bevalling te bepalen zijn de data met de eerstelijns kosten gekoppeld aan de data met OZP kosten en aan de data met tweedelijns kosten, waardoor we per patiënt weten in welk jaar zij een bevalling heeft gehad en welke eerste en tweedelijns kosten hieraan verboden waren.

Voor deze analyse zijn de volgende aannames gemaakt:

Stap 1: Definiëren van een bevalling

- We hebben aangenomen dat alle patiënten die een bedrag hoger dan 95 procent van het maximum tarief voor een volledig traject hebben (Maximum tarief zoals gedefinieerd in de NZa tariefbeschikking), een volledig traject hebben gehad en dus een bevalling hebben gehad in het declaratiejaar. Voor de jaren 2010-2013, zijn de maximumtarieven respectievelijk 984, 1081, 1189 en 1187 euro's.
- Voor de poliklinische bevallingen is aangenomen dat de datum van bevalling de datum van het openen van de OZP is.
- Gevallen waar een poliklinische bevalling twee keer is gedeclareerd (twee bevallingen binnen negen maanden) zijn als één bevalling gerekend. Dit gaat om 1.4 procent van de poliklinische bevallingen.
- Voor de tweedelijns bevallingen nemen we aan dat de datum van bevalling de datum van het openen van de DBC is.

- Gevallen waar een tweedelijns bevalling twee keer wordt gedeclareerd (twee bevallingen binnen negen maanden) zijn als één bevalling gerekend. Dit gaat om 0.5 procent van de bevallingen.

Stap 2: Koppelen van de kosten aan de bevalling

- De poliklinische bevallingen zijn gekoppeld aan de eerstelijns verloskundige zorg kosten. De koppeling is gedaan op de velden pseudo-BSN en sluitingsjaar van eerste lijn en pseudo-BSN en openingsjaar van de OZP.
- De tweedelijns bevallingen zijn gekoppeld aan de eerstelijns verloskundige zorg kosten. De koppeling is gedaan op de velden pseudo-BSN en sluitingsjaar van eerste lijn en pseudo-BSN en openingsjaar van de tweede lijn. Per tweede lijn bevalling zijn alle DBC's met een openingsdatum tussen nul en negen maanden voor de bevalling bij elkaar gegroepeerd als alle DBC's behorende bij de tweede lijn bevalling. Het openingsjaar is gedefinieerd als het jaar waarin de eerste DBC is gedeclareerd.
- Door registratieredenen kan het zijn dat de eerstelijns verloskundige te vroeg of te laat het traject sluit, waardoor het sluitingsjaar eerste lijn en openingsjaar tweede lijn of OZP net niet matchen. Hierdoor zijn de criteria versoepeld. Als het openingsjaar in de eerste maand van het jaar is, dan kan het ook gekoppeld worden aan de eerstelijnskosten van het jaar ervoor, indien in het jaar ervoor geen andere bevalling is geweest.
- Voor de patiënten met poliklinische of tweedelijns bevalling weten we de bevallingsdatum. Voor deze gevallen zijn dan ook alle OZP's en DBC's met betrekking tot verloskundige zorg negen maanden voor de bevalling en één maand na de bevalling als OZP's en DBC's behorende bij de betreffende bevalling gerekend.
- Voor de patiënten met alleen een eerstelijns bevalling is de bevallingsdatum niet bekend, alleen het jaar. Voor deze gevallen zijn dan alle OZP's en DBC's met betrekking tot verloskundige zorg in het jaar van de bevalling als OZP's en DBC's behorende bij de betreffende bevalling gerekend. Als er geen bevalling is in een jaar ervoor, dan worden ook de OZP's en DBC's van het jaar ervoor bij de eerstelijns bevalling gerekend.
- Omdat voor de eerstelijns zorg extra echo's apart kunnen zijn gedeclareerd, kunnen deze in het jaar voor het sluitingsjaar in de data zitten. Daarom is aangenomen dat als er voor een patiënt geen bevalling is in een jaar, maar er wel een bedrag is gedeclareerd voor de eerste lijn, dat het bedrag hoort bij echo's voor een bevalling van het volgende jaar. Miskramen kunnen ook voor een kleiner bedrag bij verloskundige zorg in het jaar ervoor leiden. Hier houden geen rekening mee gehouden, dus als er in een jaar t een miskraam is geweest en in jaar t+1 een bevalling, dan zijn de kosten tot de kosten van de bevalling ook in jaar t+1 gerekend.

Stap 3: Koppelen van de kraamzorg kosten

- De kosten van het inschrijftarief van kraamzorg zitten in het jaar van inschrijven. Het kan vaak voorkomen dat het jaar van inschrijven voor het jaar van de bevalling is. We nemen daarom aan dat als een patiënt in een jaar (t) minder dan 150 euro aan kraamzorg heeft en in het volgende jaar (t+1) een bevalling heeft dat het bedrag in jaar t gerekend wordt bij jaar t+1.
- Een deel van de patiënten valt op de grens tussen de jaren. Als iemand bijvoorbeeld van 27 december tot 4 januari kraamzorg ontvangt. We nemen daarom aan dat als een patiënt in een jaar (t) meer dan 150 euro aan kraamzorg kosten heeft en in het vorig jaar

(t-1) een bevalling heeft gehad dat het bedrag in jaar t-1 wordt gerekend.

**Vergelijking van resultaten met andere publicaties**
In Tabel 17 is het aantal bevallingen vergeleken met het aantal geboortes dat gepubliceerd is door CBS.

### Tabel 17. Aantal bevallingen vergeleken met aantal geboortes

| Bron | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|
| NZa, gebaseerd op Vektis | 177.945 | 174.216 | 170.929 | 166.597 |
| CBS[38] | 184.397 | 180.060 | 175.959 | 171.341 |

Over alle jaren heen is het aantal bevallingen ongeveer 3% lager dan het aantal geboortes gepubliceerd door CBS. Dit verschil kan verklaard worden doordat een bevalling van een tweeling als één bevalling is gerekend in onze analyse (Bron CBS: 1.7% van de bevallingen is een meerling). Een andere reden is dat voor zwangere vrouwen die verhuisd zijn tijdens de zwangerschap geen volledige eerstelijns-traject gedeclareerd wordt, waardoor deze bevallingen niet te traceren zijn in de data.

In Tabel 18 is het percentage eerstelijns bevallingen over de jaren vergeleken met de percentages gepubliceerd door PRN.

### Tabel 18. Percentage eerstelijns bevallingen

| Bron | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|
| NZa, gebaseerd op Vektis | 30.7 | 29.5 | 28.3 |
| PRN[39] | 28.2 | 28.9 | 29.8 |

[38] http://www.cbs.nl
[39] Perinatale Registratie Nederland, Grote Lijnen 1999- 2012